En esta primera reedición de Pacto de Silencio, se ha respetado en su integridad el contenido de la edición original, que fue en 1988 altamente censurada y de la cual no existen o no se encuentran originales.

El síndrome tóxico: 650 muertos y más de 60.000 afectados, la mayoría de por vida, en la primavera de 1981. Al principio, muchas hipótesis y líneas de investigación. Demasiadas. A continuación, el abandono de muchas de esas hipótesis y líneas. Demasiadas. Desde entonces, muchas coincidencias y casualidades. Demasiadas. Y demasiadas son también las presiones y las incongruencias, porque demasiadas obviedades no pueden ser cubiertas ni acalladas por el pacto de silencio. Un pacto que tiene su fiel reflejo en el grito que una y otra vez se oía en el pabellón de afectados por el síndrome, habilitado junto a la sala en la que iba a iniciarse el juicio de la Colza: «¡A los que digan que no fue el aceite, los vamos a matar!»

Pues aquí se dice que no fue el aceite. Y se repite después de que —empiezan las casualidades y coincidencias— muchos investigadores que se empeñaron en probar que la causa del síndrome fueran productos organofosforados sufrieran coincidentes y casuales cánceres, y algunos murieran. Pero es que los organofosforados son producidos por multinacionales, mientras que el apaño de tratar la colza con anilinas fue cosa de un puñado de comerciantes aceiteros. Y es que los organofosforados son armas de la guerra bioquímica, que está siendo desarrollada por las grandes potencias y protegida por los servicios secretos, mientras que la colza con anilinas es una chapuza impresentable. Pacto de Silencio es una investigación seria y una denuncia fundamentada de todo el montaje, de ese pacto de silencio destinado a echar tierra encima del asunto.

La CIENCIA: a los 8 meses ya sabía como curar a los afectados.
El PODER: acusa y encarcela a los industriales del aceite de colza.



PACTO DE SILENCIO • Andreas Faber-Kaiser

PACTO DE SILENCIO

eas Faber-Kaiser



Andreas Faber-Kaiser, (1944-1994) desaparecido escritor especializado en la investigación de aspectos de nuestra historia que los poderes establecidos intentan ocultar, obtuvo en 1972 el Premio Nacional de Astronáutica «Julio Marial».

Fue director y editor de la revista «Mundo Desconocido», prestigiada a nivel mundial como una de las tres primeras publicaciones en su género, y galardonada en 1980 con el Premio «Secinter» a la mejor revista especializada. Sus viajes de investigación le han llevado a buena parte de Europa, Asia, América y Oceanía, habiendo representado a España en congresos internacionales celebrados en España, Alemania, Yugoslavia, México y Costa Rica.

Es autor de los libros ¿Sacerdotes o cosmonautas? (1971), Cosmos cronología general de la

Pedimos disculpas por la mala calidad de reproducción de algunos de los originales incluidos en los anexos de este libro, ante la imposibilidad —a pesar de nuestros esfuerzos—, de recuperar los referidos documentos.

PACTO DE SILENCIO

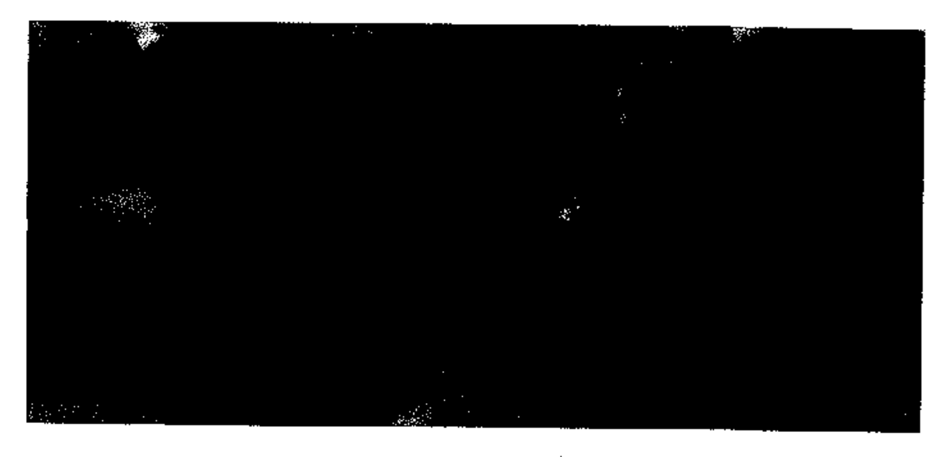
ANDREAS FABER-KAISER


Royland Edicions, s.l.

Primera edición: marzo 1988
Segunda edición: enero 1999

Francisco Giner 30, 08012 Barcelona
Diseño cubierta y Colección: Lapins&Llapis©
ISBN: 84-923713-3-1
Depósito legal: B-48706-98
Impreso por Gramagraf. s.c.c.l.
Sant Joan, 22-24, 08923 Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona)

Imprès a Catalunya - Printed in Catalonia



La reedición de este libro tiene como objetivo recordar la importante labor investigadora del desaparecido escritor y amigo Andreas Faber-Kaiser.

El Consejo Editorial.



NOTAS:

«No hallamos ningún indicio que señalara que el aceite fuera el causante del síndrome tóxico. Además, muchos otros laboratorios en Europa han intentado hallar alguna sustancia tóxica en estos aceites, y tampoco tuvieron éxito alguno.»

Dra. Renate Kimbrough - Centers for Disease Control (CDC), Atlanta, USA, ante la televisión alemana, 10 febrero 1985

«La búsqueda de agentes tóxicos en el aceite ha sido en gran parte vana.»

Informe sobre la reunión de la OMS, en Madrid, del 21 al 25 de marzo de 1983

«Se han examinado diversos aceites supuestamente relacionados con casos, para determinar su toxicidad en una diversidad de modelos animales y en distintos laboratorios. Las pruebas realizadas en laboratorios fuera de España no han mostrado toxicidad alguna.»

Informe sobre la reunión del Comité Científico de la OMS, en Madrid, del 20 al 22 de junio de 1984

«Lamentablemente, hemos sido incapaces de identificar sustancia alguna en las muestras de aceite que han sido analizadas hasta el momento.»

Dr. Frank Cordle jefe de la división de Epidemiología y de Toxicología Clínica de la Food and Drug Administration norteamericana, en carta dirigida el 12 de noviembre de 1982 al Dr. Eduardo Sanz, coordinador general del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico

«La causa del síndrome tóxico es un organofosforado. No puede ser nada más que un organofosforado, o un veneno nuevo. Ningún otro tóxico produce la sintomatología del síndrome tóxico.»

Teniente coronel médico Dr. Luis Sánchez-Monge Montero, Madrid, 25 de mayo de 1987

«A la vista de la evolución de la enfermedad, hoy tengo la convicción de que, aunque tuviera anilinas y anilidas, el aceite no pudo producir la enfermedad. El cuadro clínico que presentan los afectados me inclina a pensar que el agente causante es un organofosforado».

Dr. Enrique Bolaños director del laboratorio central de la Dirección General de Aduanas, Madrid, 6 de abril de 1987

«Los afectados por el síndrome tóxico que yo he visto durante mis visitas a España en estos últimos tres años me recuerdan el aspecto, la historia clínica y la sintomatología de otros casos contemplados por mí en varios países donde se habían producido intoxicaciones provocadas por organofosforados.»

Dr. Francisco Martín Samos alto funcionario de la OMS, jefe de delegación de este organismo en 101 conferencias internacionales, y poseedor de la Orden del Mérito Civil de Sanidad, Madrid, enero de 1985

«Nosotros creemos que se trata de un grupo de pesticidas organofosforados.»

Dr. Luis Frontela Carreras catedrático de Medicina Legal y director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Universidad de Sevilla, y director del programa de Policía Científica y Criminalista

«Las series de ratas intoxicadas directamente con Nemacur y con pimientos tratados con Nemacur dos semanas antes de la recolección presentan similares lesiones microscópicas que las que se observan en los fallecidos por el síndrome o neumonía tóxica.»

Dr. Luis Frontela Carreras catedrático de Medicina Legal y director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Universidad de Sevilla, y director del programa de Policía Científica y Criminalista

«Yo le hice la bibliografía a Muro, y entonces, por exclusión, no que daban más que dos productos, uno de los cuales es el fenamiphos, que es el Nemacur.»

Dr. Fernando Montoro Jiménez subdirector general de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica

CONTENIDO



para Norman, Tatiana y Saskia

...y escrito en recuerdo tuyo, Martí, porque no vacilaste en dar tu vida para que otros no murieran. Nadie de cuantos te conocimos olvidará nunca que supiste apurar hasta la última gota el cáliz de la amistad, y yo recordaré tu extrema decisión como contrapunto a la cobardía de más de un irresponsable que —en el contexto de este libro— no duda en regar el dolor ajeno con tal de salvaguardar su poder, su imagen, sus intereses y su propia seguridad.

Exordio

No comprendo nuestro endiosamiento cuando afirmamos que sólo nuestra epidemiología y nuestra estadística, y con ellas nosotros, estamos en posesión de la verdad. No comprendo a aquellos médicos que no entienden la epidemiología como un estudio de la salud del hombre en grupo o colectividades, englobado en un todo con el medio ambiente, y considerando su antropología, su biogeografía, su sociología, etc., y que por el contrario fundamentan la epidemia del síndrome tóxico como algo puramente estadístico, que no observan la realidad, y que solo admiten su hipótesis del aceite de colza. Si no nos adaptamos a la verdad y a las exigencias sociales, la patología del futuro será temible. Cuando en una epidemia producida por un producto organotiofosforado, vehiculizado a través de una partida de tomates, se encierra el drama de un envenenamiento colectivo, y se ocultan datos, se persigue a médicos que mantienen hipótesis de trabajo distintas a la de la propia Administración —aun siendo integrantes de la misma—, se monta un monumental escándalo político en torno al «Watergate de la colza», se sobreseen actuaciones de cargos públicos, se miente abiertamente por parte de una multinacional, y se compran silencios de investigadores hartamente sospechosos, se está conformando una de las mayores catástrofes de la Salud Publica de la España moderna y, finalmente, la «asignatura pendiente» de todo un Gobierno que se dice socialista y de toda una Justicia que pregona su independencia.

Dr. Juan Raúl Sanz Jiménez
Director-coordinador de Salud del Distrito Sanitario XII de la Comunidad Autónoma de Madrid y ex-jefe de Sanidad de Torrejón de Ardoz

Pacto con fisuras

«¿Cassinello tampoco respira? También podría ser por aquello que publicaste sobre ellos hace un par de años. Pero no creo. Bueno, da igual; Manglano podrá contestarte lo que le plazca. Ya has visto lo que hay. Pero entérate bien de que como salga una sola línea te tragas esto entero. Piensa que si esto salta a la calle, montamos una película. Y a la primera secuencia tu te fundes, ¿está claro? Trae esto, paga y ábrete.»

No fue el único precio, como es obvio, pero valió la pena. Lo había intentado por otros conductos, infructuosos todos ellos, como ya era de prever. Pero acontece que, así como Presidencia del Gobierno estaba perfectamente informada de mis intentos, digamos oficiales, de obtención de datos, evidenciando con ello una coordinación interna que funciona, hay que agradecerle por contra al CESID el que no disponga de la estructura suficiente como para autoalimentar en todos los casos sus archivos, debiéndose por ello en demasiadas ocasiones a los retales de información que, entre otros, le largan el MOSSAD y la inteligencia norteamericana. Porque esta situación genera unos canales internacionales que, sondeados con habilidad, ofrecen fisuras accesibles en algún lugar lejano—aunque no siempre ajeno— al foco de cada problema. El que alguien interceptara mi carta de abril de 1987 al general Manuel Antonio Noriega, cayendo así puerilmente en la trampa que le tendí, fue para mí un providencial faro en la turbia noche de esta investigación.

Domingo, 27 de setiembre de 1987. Pronosticaron tormentas y el sol campaba por sus fueros. Vuelvo a enfilar la autovía de Castelldefels pensando en el otro: ¿mercenario? ¿aprovechado? ¿se le podía considerar un traidor? Yo qué sé; tampoco me preocupaba demasiado.

Idealista, desde luego que no lo era. Me había dejado echar un vistazo a una mercancía que no se puede vender, ni siquiera exhibir. Pero a mí me alumbró un poco más la oscura cloaca por la que se escurre el origen del síndrome tóxico. Han logrado borrar casi todas las pruebas Me acordé de que por lo visto también el SIGC silenció tiempo atrás una investigación del Grupo de Estafas de la Guardia Civil de Barcelona. Pero quedan ramas quebradas en este intrincado bosque, que permiten desandar la senda abierta por los auténticos criminales. La senda a la que Rosón había llegado a tener acceso. Pero murió meses antes de dar comienzo el juicio oral del sumario 129/81 del Juzgado Central de Instrucción número 3, a causa de un cáncer de pulmón. Al igual que el Dr. Muro, que casi logró llegar al final del laberinto. Para mí, dos de los hombres que mejor se conocían el plano del mismo. Lamentables, coincidentes y, para algún que otro implicado, oportunismos cánceres de pulmón. ¿Me equivoco?

Mi conexión más reciente con el tema se inició diez meses atrás Al atardecer del 29 de marzo me hallaba—al cabo de seis años de saberse que no podía ser el aceite la causa del síndrome—camino de Madrid, en donde al día siguiente comenzaría en un pabellón especialmente habilitado en la Casa de Campo el mencionado «juicio del siglo», cuyos 250.000 folios de sumario obligaban a prácticamente un año de declaraciones de los 38 procesados, más de 70 abogados, 50 peritos y más de 2.500 testigos, con el objeto de juzgar a los acusados de envenenar a más de 25.000 españoles con ese aceite presuntamente tóxico .

Me preguntaba una y otra vez qué poderosas razones habría para que durante todo este tiempo se insistiera por parte oficial en que el criminal se escondía detrás del aceite, lo cual era imposible, como más adelante veremos, al tiempo que se intentaba acallar las voces de aquellos que clamaban por que se investigaran otras posibles causas que pudieran haber originado la gran tragedia de la primavera de 1981.

Pasada la una de la madrugada el tráfico se había hecho ya mucho más fluido, y al cruzar por encima del túnel que une la base de Torrejón con instalaciones americanas menos conocidas en el interior del cerro que queda al otro lado de la N-II, al sureste de la pista, túnel que da acceso —tras una puerta prácticamente infranqueable— al sector oculto de la base, me acordé casi obligadamente de los rumores que buscaban en los equipos americanos de Torrejón de Ardoz la causa del envenenamiento. Hasta el punto de que buenos amigos míos, controladores en la torre de Barajas, llegaron a confeccionar en su día un mapa que reflejaba que los primeros afectados se alineaban a lo largo de la ruta de salida de la pista 23 de Torrejón, y de la aerovía de acceso UG/G-19, que, procedente de Zamora, pasa por Navas del Rey para doblar al sur de Getafe hacia la pista de Torrejón. Pero la causa tampoco hay que buscarla allí. La base americana tiene ciertamente algunas connotaciones con el síndrome, pero no está ni muchísimo menos directamente relacionada con el foco de la epidemia.

Enfrascado en estos pensamientos, me vino a la memoria el comentario de un amigo que no entendía qué hacía yo siguiendo la pista del origen de la intoxicación masiva de 1981: «¡Pero si éste no es tu tema...!».

Me decidí hace ya unos años a seguir esta pista por la sencilla razón de que el escándalo del síndrome tóxico está salpicado de ingredientes que se insinúan inmersos en un contexto de ensayo químico. La víctima: el ser humano. Ese sí es mi tema.

En enero de 1982 publiqué un editorial en la revista Mundo Desconocido que, bajo el título de «La humanidad cobaya», comenzaba así: «Alguien me preguntó si con determinado pasaje del editorial de MD nº 63 (setiembre de 1981) quise insinuar que los más de 250 muertos por el síndrome tóxico habían sido víctimas de un ensayo de plaga dirigida. No, no tenemos pruebas como para insinuar esto. Lo que sí puede hacerse es echar mano del síndrome tóxico como demostración de lo fácil que es envenenar a todo un sector de población de forma imperceptible, disimulada y—si se hace bien—impune». Y continuaba: «Si en el editorial de MD nº 17 (noviembre de 1977) denunciamos los ensayos de guerra meteorológica, en otros varios (especialmente el del nº 30, diciembre de 1978) los de la aplicación aniquiladora del control mental—aplicaciones que luego publicaría ampliadas en el libro Las nubes del engaño y más recientemente en la revista restringida de Inteligencia Pri («MK-Ultra: hacia la muerte mental», artículo publicado en Pri nº 4-5, Barcelona, julio-agosto de 1987)—y en el del nº 63 la actualidad (entonces, 1981) del terrorismo neutrónico, creo importante refrescar hoy la memoria con la idea de que también pueden convertirnos, cuando se les antoje, en insectos europeos. Porque, al igual que el tablero de la partida neutrónica sería Europa, también el viejo continente sería la futura diana de las armas bacteriológicas y químicas.

»Haciendo un poco de historia extremadamente resumida, los americanos recogieron finalizada la II Guerra Mundial las enseñanzas de los experimentos nipones con el arma bacteriológica. En julio de 1953 realizaron pruebas secretas sobre el valle del río Moncacy, en Maryland. Un avión de la Marina regó la zona con el producto químico NJZ2266, un sulfuro de zinc cad-

mio combinado con esporas licopodias, producto deshidratante derivado del cultivo de musgos. En setiembre del mismo año se efectuaron ensayos semejantes, bajo el nombre de código "Sacacorchos" o "Barreno", en el pueblo de Leesburg, en Virginia, a 48 km al norte de Washington. Simultáneamente, otras 21 pruebas "Sacacorchos" o "Barreno" fueron realizadas en Rosemont, Minnesota. También se realizaron ensayos de guerra bacteriológica y química en los sistemas de trenes subterráneos de New York, Saint Louis (Missouri), Minneapolis (Minnesota) y Winnipeg (Canadá). Corea y Vietnam conocieron la aplicación del arma biológica. La guerra biológica—difusión permanente de agentes causantes de enfermedades—es apetecida porque es difícil comprobar en ella la participación del hombre. En la base de Camp Detrick, en Maryland, se efectúan estudios intensivos con bacterias resistentes a los antibióticos. Entre los insectos usados allí como transmisores de virus y bacterias figura un mosquito (aedes aegypti) transmisor de la fiebre amarilla y de la fiebre del dengue. 200 cubanos murieron en 1981 de esta última enfermedad, nunca antes registrada en Cuba. Los transmisores de la misma son bacilos invisibles, incoloros y carentes de olor, al igual que los de otras tres plagas que afectaron a la caña de azúcar, al tabaco y al ganado cubano».

Personalmente puedo dar fe de lo sensibilizados que estaban los cubanos por aquella época en lo concerniente a la contaminación de su territorio mediante la aplicación de técnicas de guerra bacteriológica, por cuanto el Bohic Ruz, una embarcación que bajo pabellón francés estaba realizando labores de investigación coordinadas en estrecha relación con nosotros—tal y como queda reflejado en el nº 66 de Mundo Desconocido—fue interceptada en febrero de 1982 frente a las costas cubanas, siendo detenidos e incomunicados sus tripulantes en la bahía de Nuevitas, hasta que al cabo de 21 días pudimos aclarar su situación con la ayuda, desde Miami, de mi gran amigo el mentalista Iván Trilha. La ráfaga de ametralladora que les había obligado a entregarse obedeció, como luego les explicarían sus captores, a la sospecha de que la embarcación estuviera trabajando para la inteligencia norteamericana en las sucias labores de infectación de las aguas litorales cubanas con microorganismos perjudiciales para su ecosistema. Guerra biológica en definitiva. Pero vuelvo al breve resumen de ésta en el mencionado editorial:

«En territorio estadounidense hay almacenadas enormes cantidades de gas neuropléjico que provoca la muerte instantánea, así como de herbicidas y defoliantes análogos a los aplicados en el Extremo Oriente. Las reservas del gas supertóxico BZ podrían exterminar, por sí solas, a la humanidad entera. A finales de 1981 el comité militar de la OTAN estudió las posibilidades de un arma química de disuasión a instalar en Europa.»

Pocos años antes, a principios de los 70 (según se indica por ejemplo en el trabajo Control químico de los nemátodos del pimiento en Puerto Rico, ya presentado previamente por la Estación Experimental Agrícola de la Universidad de Puerto Rico a la Reunión Latinoamericana de Fitotecnia celebrada en Bogotá del 22 al 28 de noviembre de 1970), expertos de esta misma Organización del Tratado del Atlántico Norte reunidos en Colombia se pusieron a cavilar sobre los pimientos. ¿Alimento idóneo para las futuras fuerzas de choque? En absoluto. Entonces, ¿a santo de qué podían interesarles los pimientos a los altos mandos militares? No se trataba de un pimiento cualquiera, sino de los cultivos de stress (rápidos) de estas solanáceas, en terrenos previamente tratados con el insecticida organofosforado Nemacur (un nombre que salpica las páginas del sumario del síndrome tóxico y que designa un organofosforado concreto de la última generación de los sintetizados en laboratorio) en Puerto Rico. Un combinado que tiene al menos potencialmente implicaciones bélicas: podemos estar asistiendo a la fase embrionaria del desarrollo de una nueva arma química. Y retomo el hilo del editorial:

«El general Rogers pidió el almacenamiento de modernizadas armas químicas y bacteriológicas en los depósitos americanos en nuestro continente, en especial cerca de Pirmasens, en Alemania. Malasia, Afganistán y El Salvador conocen también la aplicación de las armas químicas. Ahora—1981-82—los Estados Unidos reduplican esfuerzos para lograr el perfeccionamiento y almacenamiento en Europa de las cargas químicas binarias, un gas neurotóxico de dos componentes que aisladamente son inofensivos, y cuya combinación puede adoptar dos formas: la llamada GB, de acción inmediata, y la VX, de suspensión en la atmósfera. Ambas producen la muerte en el primer minuto.

»Esto fue un flash resumido del panorama americano, pero de ingenuo peca aquél que opine que el bloque contrario se anda a la zaga. Mientras tanto alguien, en la trastienda del planeta, sigue frotándose las manos. ¿Hasta cuándo?»

Hasta que el ciudadano despierte de su conformismo, hasta que la gente abra los ojos y sus mentes, se ponga a pensar y deje de formar parte de este gran rebaño de siervos que encima van y le sonríen con placidez al tipo que los está pisando. En todos los campos y a todos los niveles de la vida. Me he hartado durante los últimos quince años de intentar hacer ver a la gente, a través de multitud de artículos, editoriales, libros, conferencias, programas

de radio y de TV, que nuestra libertad individual ha estado siempre y está cada vez más condicionada, tanto la libertad física como la mental. Y la amenaza a esta última es muchísimo más grave. Uno puede estar limitado por el medio en el que se ve obligado a moverse, pero lo que uno no debería de permitir jamás es que otros decidan por él. Es dejarse dominar de tal forma que su voluntad no sea propia, sino que sea el reflejo de la de otro. Cuidado, que estoy diciendo—y sé por qué lo estoy diciendo—que a uno le pueden manipular muy sutilmente, mentalmente, sin que él se dé cuenta de esta manipulación. Pero por ello precisamente se impone la necesidad de que de vez en cuando al menos, uno se tome el tiempo necesario para pensar. Hay que darse cuenta de que, al igual que un médico no nos curará si nosotros no queremos ser curados, tampoco nadie podrá jugar con nuestra voluntad si nosotros no queremos que nos manipulen. La única defensa contra esta manipulación es aplicar el raciocinio en vez de la comodidad. Es nadar contra la corriente si es preciso en vez de dejarse llevar cómodamente por la misma. Ninguna secta, ninguna religión, ningún grupo, ningún partido, ningún gobierno, ningún equipo deportivo, ningún medio informativo, ningún líder, ningún mensaje del más allá debe ser nunca más fuerte que uno mismo. Porque ello supone indefectiblemente la pérdida de la libertad personal de cada uno. Sólo cuando hayan quedado desmontados todos los sistemas de dominio, todas las formas de influencia sólo entonces todos y cada uno de los individuos del género humano podrán considerarse intrínsecamente libres. Pero el alcance de esta utopía sólo será factible cuando todos y cada uno de esos individuos apliquen la herramienta que para ello les ha dado la naturaleza: la facultad de raciocinio, la facultad de pensar.

Con este ánimo es con el que decidí husmear en el origen y desarrollo del síndrome tóxico. Porque saltaba a la vista que desde el espectacular brote inicial del mismo, el envenenamiento masivo de la primavera de 1981 en España, se convirtió en un tabú nacional e incluso internacional. Para el silenciamiento de lo realmente ocurrido se han puesto de acuerdo el centro, la izquierda, la derecha la ultraizquierda y la ultraderecha. Todos cuantos aspiran a lamer la miel del poder. Y mientras tanto el pueblo, los mismos afectados—a excepción de una minoría pensante—, con la venda fácil (y en opinión de algunos monetaria) en los ojos: «¡Y a los que digan que no fue el aceite los vamos a matar!» fue una voz en grito que yo y muchos otros pudimos escuchar el 30 de marzo de 1987 en el pabellón de descanso habilitado para las asociaciones de afectados junto a la sala del juicio en la madrileña Casa de Campo.

Es notorio el desprestigio, la ridiculización y el descrédito que han venido salpicando a prácticamente todos cuantos han intentado acercarse al verdadero núcleo de la matanza masiva de que habla este libro. «Todo el que toca este tema se quema y le cortan la cabeza», me diría el doctor Antonio Muro, hijo, al tiempo que el doctor Javier Martínez me daba la receta para evitar que me la cortaran: «En la medida en que te callas o desapareces, no pierdes el cargo». Un científico de prestigio internacional optó por poner la marcha atrás, después de lo cual—me estoy refiriendo a Gaston Vettorazzi, responsable de la División de Pesticidas de la Organización Mundial de la Salud—le confesó en Ginebra a la periodista alemana Gudrun Greunke que, pensándolo bien, el haber seguido este consejo que le habían dado, no había dejado de ser bueno para él y para su familia.

Maria del Mar Geanini, una de las personas que con mayor honestidad y ahínco está luchando por que se sepa la verdad de lo ocurrido, siendo ella y buena parte de su familia afectados por el síndrome tóxico, y una de las personas que con mayor eficacia han contribuido a alimentar mis archivos sobre el mismo, me escribió de repente, después de haberme advertido en el mes de julio que mi propósito podía llegar a convertirme en un kamikaze, que «si me aceptas un consejo, olvídate del tema y busca otro menos escabroso y menos comprometido; yo no puedo salir de él pero tu todavía puedes». Otro de los investigadores del tema, el ya mencionado Dr. Javier Martínez, apuntilló: «Meterse en este tema es ser de un masoquismo horroroso», a lo que añadió que «el libro, tienes que ser consciente de que va a ser antipopular; caerás en desgracia si lo escribes y te convertirás en un autor maldito, para lo cual te desprestigiarán y ridiculizarán».

Paralelamente, fui observando cómo los mismos implicados —abogados, peritos—que estaban apoyando mi labor, no acababan de dejar de desconfiar de mí: me había plantado en el tema de repente, estaba evidenciando unas conexiones internas e internacionales fáciles y, para acabar de despertar sospechas que iban a frenar mi labor, era alemán y vivía en Barcelona. Dos factores que me hacían acreedor de las sospechas de estar trabajando para la multinacional que estaba en el punto de mira del arma que apuntaba hacia el producto causante del envenenamiento. Mientras tanto, los directivos de esta multinacional en Barcelona—sede de su delegación en España—se me declararon incompetentes para dar respuestas a las preguntas que les planteaba, pasándoles la pelota a sus superiores asentados en Leverkusen, en las márgenes del Rin, quienes a su vez se negaron a entablar dialogo conmigo.

En esta misma atmósfera de transparencia informativa el director general del

Centro Superior de Información de la Defensa, teniente general Emilio Alonso Manglano, se ve obligado a comunicarme que el CESID jamás se interesó por la causa que mató a 650 españoles y dejó secuelas en otros 25.000, al tiempo que Felipe González me hace saber que tampoco tiene nada que añadir a esta comunicación.

La aludida respuesta del jefe del CESID puntualizaba que nunca habían estudiado la etiología del síndrome tóxico, y que por otra parte el destinatario de sus evaluaciones de inteligencia era, en exclusiva el gobierno de la nación. Lo cual me recordó la respuesta que, hace algunos años, me diera uno de los más venerados iniciados del lamaísmo, el anciano Kalu Kempo Rimpoche, a la pregunta que le planteé acerca de las posibilidades que tenía un amigo mío en sus pretensiones de llegar hasta el mítico centro iniciático de Shamballah «Shamballah no es un lugar físico; pero aunque lo fuera, tu amigo no podría ir porque no habla el tibetano». Bueno, a ver si nos aclaramos...: o existe, y en tal caso hace falta dominar el tibetano para entenderse allí, o no existe—como afirma—, y en este supuesto la segunda parte de la respuesta no tiene sentido aquí. Lo mismo vale para el director del CESID: o han seguido la pista de lo que pasó aquí en la primavera de 1981, y lo que han averiguado lo comunican únicamente a quienes empuñan las riendas del gobierno de la nación, o nunca se han mojado en estas aguas, y en tal caso la segunda parte de su explicación también está fuera de lugar.

Desde luego, ninguna de estas desalentadoras advertencias va a impedir que yo escriba las páginas que van a seguir. La ridiculización pública es algo que tengo superado desde hace muchísimo tiempo.

Digo esto porque la espada de la ridiculización pende efectivamente sobre las cabezas de aquellos que se atreven a opinar que el síndrome tóxico de la primavera de 1981 en España no fue causado por el aceite de colza desnaturalizado. Pero mientras existan pruebas que demuestran que este aceite nunca pudo haber desencadenado la mencionada catástrofe, y mientras exista la mínima sospecha de que el origen pueda buscarse no ya en un accidente casual, sino acaso incluso en un accidente provocado, pienso que tenemos la obligación de seguir el hilo hasta su final.

También es producto de laboratorio el virus de inmunodeficiencia humana, definido como agente desestabilizador ideal de guerra biológica en el contexto de una guerra irregular, si bien acaso ni una ni otra epidemia haya sido activada por el bloque que aparece como aparente foco de las mismas

¿Que el hombre civilizado no es capaz de semejantes barbaries? Ya apunté algunas pinceladas anteriormente. Pero conviene aportar unos cuantos botones de muestra más, antes de abordar ya con mente mínimamente informada el rompecabezas del síndrome tóxico español.

«¿No se podría difundir la peste entre los indios? Debemos aprovechar todos los medios a nuestro alcance para exterminar a esta repugnante raza.» La bombilla de la peste como arma se le encendió al general Jeffrey Amherst en carta que envió en junio de 1763 al coronel Henry Bouquet, que se hallaba a la sazón asediado por los indios en su fuerte de Pitt, durante la sublevación de Pontiac. La luz de esta bombilla fue recibida en el fuerte como una orden de su superior por el mencionado coronel, quien se las apañó para colocar en terreno ocupado por los indios frazadas infectadas con bacilos de la peste. La epidemia subsiguiente diezmó a la población indígena.

Aplicando esta fecha, los Estados Unidos llevan un bagaje de 225 años de ensayo y uso del arma biológica.

Cuba viene siendo campo de experimentación y exterminio para los norteamericanos desde que, a finales de los 50, cuajó definitivamente la revolución castrista. En 1980 fue introducida la fiebre del dengue ya mencionada, con la que también hizo su aparición la conjuntivitis hemorrágica. Desde bastante antes, sin embargo, los servicios secretos norteamericanos vienen efectuando estudios detallados y sistemáticos de la situación alimenticia en Cuba. Y no precisamente en el marco de un profundo estudio de mercado, sino para seleccionar la mejor diana para sus armas bacteriológicas: en 1971 se cebó en el ganado cubano la fiebre porcina de origen africano, ensayo que sería repetido en 1980; en 1979 las plantaciones de tabaco fueron atacadas con la plaga conocida por «mono azul», mientras que en 1981 lo fueron las cañas de azúcar con la «roya de la caña».

Cualquiera de estos experimentos queda ampliamente rebasado sin embargo con los ensayos del arma étnica. De acuerdo con la documentación a la que he tenido acceso, se está trabajando en la creación de una bioarma dirigida a afectar a las personas de color, al tiempo que quedan indemnes los blancos. ¿Impensable? Cuando hace diez años hablé en la revista Mundo Desconocido y en programas radiofónicos del perfeccionamiento de un cazabombardero invisible por parte de los Estados Unidos, la gente se me quedaba mirando con ojos de misericordia por mis devaneos mentales. Hoy el proyecto del avión invisible tanto de Israel como de los americanos es cosa comúnmente conocida. Porque naturalmente no fue un producto de mi mente, sino que mis afirmaciones se basaban en filtraciones muy concretas.

Y ya en este contexto, y para que el lector pueda hacerse una idea de lo variopintos que pueden llegar a ser los recursos aplicables a un enfrentamiento,

me haré eco de las palabras pronunciadas por el científico norteamericano de origen yugoslavo Andrija Puharich, durante el congreso internacional sobre el desarrollo del hombre celebrado en octubre de 1985 en San José de Costa Rica, y que tuve la satisfacción de poder inaugurar. Dijo allí Puharich que estábamos siendo ya sometidos en nuestros días a una guerra de campos de ondas de baja frecuencia, contra la cual podía el organismo humano desarrollar una protección aplicando la suficiente dosis de voluntad. En una salida que efectuamos con motivo de nuestra estancia en Costa Rica al cráter del volcán Irazú, Puharich me amplió detalles sobre la forma en que la CIA le acosó en un principio, para acabar proponiéndole un cargo directivo dentro de su estructura científica. También explicó cómo años atrás la inteligencia israelí recabó sus servicios junto a los de otros especialistas, para garantizar mediante su apoyo mental el pleno éxito de la acción sorpresa que permitió rescatar el avión israelí a la sazón retenido por sus secuestradores en el aeropuerto ugandés de Entebbe.

También mi buen amigo y colaborador entrañable Alejandro Vignati me narró en una ocasión ya lejana la forma en que agentes de la inteligencia norteamericana se habían interesado por él, aprovechando un congreso aquí mismo, en España. Años después tuvo que marchar de este país por otros motivos, convirtiéndose su vida en la de un fugitivo solitario.

A partir de junio de 1982 comenzaría a publicar en Mundo Desconocido, por encargo mío y desde tierras americanas, colaboraciones que denunciaban las prácticas del terrorismo biológico, a partir de la realidad de la guerra bacteriológica y química. Se hablaba allí de que mientras se estaba acusando a los comunistas de estar regando con lluvias químicas letales (lluvia amarilla) a la población enemiga en el extremo Oriente, y mientras se acusaba a la Unión Soviética de difundir mycotoxinas u hongos venenosos en Afganistán, Laos y Camboya, al tiempo que activistas alemanes del grupo Rote Armee Fraktion (Fracción del Ejército Rojo) comenzaban a hacer ensayos con bacterias mortales en un refugio en París, para futuras aplicaciones de las mismas en acciones terroristas, los científicos al servicio de la inteligencia norteamericana estaban trabajando intensamente en Fort Detrick, en Maryland, y también en Dugway, al sudoeste de Salt Lake City, en Utah, en la evaluación y prueba de perfeccionadas armas bacteriológicas y químicas.

La historia moderna de la guerra bacteriológica y de la guerra química comienza de hecho después de la Primera Guerra Mundial, durante la cual hubo ya las primeras aplicaciones, en especial la del «gas mostaza» de los alemanes. A partir de entonces varias naciones comenzaron a desarrollar una

amplia investigación de operaciones militares biológicas. Sin embargo—como escribe Vignati en sus artículos—el secreto que rodea este tipo de actividades y la naturaleza de los incidentes que provoca su aplicación, dificultan la información concreta acerca de las mismas. Y uno piensa en España, primavera de 1981. Las virtudes de este nuevo tipo de armamento constan en el manual del ejército de los Estados Unidos y en el de la Unión Soviética. Para ser militarmente ventajosas hay que tener en cuenta que estas nuevas armas atacan directamente a una población o a su alimento, que se propagan por sí mismas, que detectarlas e identificarlas se vuelve lento o difícil—aquí llevamos siete años sin saber qué fue—, que se podrían usar a gran escala con pequeñas dosis, y que pueden ser introducidas rápidamente y su costo es bajo. Este breve resumen de lo que dicen los manuales citados no se contradice en ningún punto con lo sucedido en nuestro país.

Los artículos que aparecieron en Mundo Desconocido ahondaban aún más, y así se podía leer en ellos que los gases venenosos acumulados por rusos y americanos pertenecen a una clase de sustancias denominadas «compuestos organofosforados». Un concepto que—también él—salpicará las páginas de este libro tanto como salpica el sumario del juicio del síndrome tóxico y la misma investigación de las causas que lo originaron. También se les llama (cito de los artículos mencionados) gases neurotóxicos, porque bloquean la acción de la colinesterasa, una encima sin la cual se forman cantidades tóxicas de acetilcolina, sustancia que destruye el funcionamiento del sistema nervioso.

Sé que aquellos que ya están al corriente de lo que voy a publicar en este libro se sorprenderán de que, en los artículos enviados desde América por Alejandro Vignati, se hablara de «gases» neurotóxicos, ya que lo que aquí parece haber actuado no es un gas precisamente, sino un producto sólido. Esto es correcto, pero a mí al menos me sorprendió agradablemente el que el abogado de la defensa Jesús Castrillo tuviera el arrojo suficiente como para denunciar por radio el 9 de octubre último el hecho de que se hubieran producido en su momento casos aislados de afectados del síndrome tóxico, repartidos por las cercanías de las bases americanas de Torrejón y de Zaragoza, casos que sí habrían sido víctimas de una intoxicación por vía aérea, y no digestiva como los de la primavera de 1981.

Pero prosigamos con nuestra fugaz ojeada a la historia del armamento químico: un comunicado publicado por los Estados Unidos y la Unión Soviética en 1974 anunciaba que ambos bloques estaban de acuerdo en considerar una iniciativa conjunta con respecto a la celebración, como primera

medida, de conversaciones internacionales acerca de los medios más peligrosos y mortíferos de la guerra química. En 1976 se iniciaron las negociaciones bilaterales. En julio de 1979, los dos países informaron al Comité de Desarme de la marcha de las negociaciones, cuyo resultado puede resumirse así: se prohibiría mediante una convención el desarrollo, la producción y el almacenamiento de los productos químicos letales o muy tóxicos y sus precursores, y de las municiones químicas u otros medios de este tipo de guerra. Las únicas excepciones—se desprende del comunicado final—serían los productos químicos destinados a fines permitidos y de los tipos y cantidades adecuados para esos fines—aplicaciones industriales (aquí se enmarcaría el experimento que desembocó en el síndrome tóxico), investigaciones médicas y el desarrollo y ensayo de medios de protección contra las armas químicas—. (Lo cual deja entrever, como apunta Vignati, que para protegerse de un arma química, hay que presuponer que primero hay que tenerla.) Las partes firmantes de la convención tendrían que declarar sus existencias de agentes de guerra química a que se refiriesen las disposiciones de la convención y tendrían que destruir sus arsenales o desviarlos hacia fines permitidos (en cuya variante encaja con lógica lo sucedido en España), dentro de los diez años siguientes a la ratificación de la convención. Esto incluiría verificaciones «in situ». Letra muerta.

Llegados a nuestro año de 1981, el secretario de Estado norteamericano Alexander Haig, y el de Defensa, Caspar Weinberger hicieron saber al Congreso que eran partidarios de reconstruir el arsenal químico del ejército norteamericano «ya que tanto altos funcionarios del Estado Mayor como también miembros de la OTAN, estaban convencidos de que el ejército soviético no vacilaría en utilizarlas». Ya vimos cómo mandos de la OTAN se habían mostrado interesados en este contexto por determinados pimientos tratados con el organofosforado Nemacur en Puerto Rico.

Días después del encuentro entre Reagan y Gorbachev, que supuso un paso importante en los intentos de desarme nuclear, y durante el cual se habló también de la necesidad de reducción del armamento químico, los norteamericanos comenzaron a llenar el 16 de diciembre de 1987 en las instalaciones de Pine Bluff, en Arkansas, los primeros contenedores con el agente químico tóxico GB-2 a partir del cual se formará una materia neurotóxica en el momento de su aplicación en combate. En Luisiana, otros contenedores han sido ya llenados con el segundo componente del agente GB-2. Con ello los Estados Unidos han comenzado la fabricación de munición química binaria para el sistema de artillería más universal de sus fuerzas armadas, el cañón corto de 155 milímetros, que puede utilizar munición química, nuclear o convencional. En el actual ejercicio presupuestado, le han sido asignadas a la fabricación de obuses de artillería binarios 59,3 millones de dólares.

A principios de 1988 comienza la fabricación de una bomba de aviación química binaria provista de componentes de un gas neuropléjico aún más tóxico, el VX-2.

El programa binario significa no solamente el relanzamiento de la carrera de armamentos químicos, sino también una mayor saturación de Europa en lo que a almacenamiento de armas químicas concierne. Especialmente en Alemania occidental, en donde se concentrarán nuevos stocks de armas químicas. A las tres millones de municiones químicas ya depositadas allí, los Estados Unidos se proponen añadirles ahora dos millones de municiones binarias. A los cuatro millones de litros de productos tóxicos que ya hay depositados en suelo alemán, se proponen añadirles aún 50.000 toneladas de componentes binarios .

El coronel Lomov destacó a finales de diciembre de 1987 la extrema complicación que presenta el control de la no-fabricación de este arsenal químico en la industria civil, subrayando que el control generalizado e internacional de toda la industria química, incluyendo a la industria química civil —y esto es importante en el contexto de este libro— no conviene a los intereses americanos.

He traído a colación aquí estos breves apuntes sobre la temática de los ensayos de la guerra bacteriológica y sobre todo química, por la única razón de que en la base de estos últimos yacen con toda probabilidad los mismos grupos de productos organotiofosforados que alimentaron las raíces —y pocas veces mejor empleada la expresión— de la magna tragedia popular española de la primavera de 1981, la —hasta hoy— misteriosa epidemia del síndrome tóxico.

Uno no debe perder de vista, al enjuiciar esta epidemia, que el CESID siguió el hilo que lleva a estos organotiofosforados y que, además, niega haberlo seguido. Ambas circunstancias son preocupantes. La primera, porque uno se plantea de inmediato la pregunta de qué es lo que ponían los servicios de información de la Defensa de un país investigando el efecto producido por una plantación de tomates (para quienes lo ignoren habrá que añadir que los tomates son plantas solanáceas, al igual que lo son los pimientos por los que se interesaron los militares de la OTAN). ¿Es razonable que los especialistas en espionaje o contraespionaje militar se dediquen a investigar un fraude ali-

menticio? Sirva como botón de urgencia en esta introducción al tema, el dato de que el antiguo Subdirector General de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica, preparara en su momento y con destino al CESID, un informe sobre temas referentes a la aplicación de determinados preparados de síntesis orgánica, a la guerra química. La segunda, porque la negación o el desmentido de esta investigación comporta automáticamente la gravedad de lo averiguado por medio de la misma.

La dirección que apunta hacia el ensayo de arma química viene indicada igualmente por el desmesurado interés del gobierno—lo que es más sospechoso: de los gobiernos (tanto el de UCD como el del PSOE)—en insistir en la culpabilidad del aceite de colza desnaturalizado, cuando la simple lógica descarta esta hipótesis desde las más tempranas etapas de la investigación. De hecho, a la Administración debería darle exactamente lo mismo el tener que reconocer que se le han envenenado más de 25.000 administrados por un error fisura o negligencia habidos en el control de la importación, manipulación v distribución de una partida de aceite de colza, como que estos fallos se hayan dado en la forma de tratar con determinados productos químicos, y de distribuir, una partida de tomates. ¿A qué obedece esta insistencia en centrar la atención de todos en lo que por ende va a resultar indemostrable? Posiblemente obedezca al criterio de que con ello se logra evitar que las investigaciones apunten públicamente en la dirección de lo que con bastante probabilidad—podría llegar a ser demostrable. Algo muy serio y preocupantemente oscuro se presume al final de este hilo que tan reiteradamente se ha venido intentando—y acaso se ha logrado ya—cortar.

Sorprende en este contexto el que también la agencia de noticias soviética Novosti (APN) negara haberse dedicado a este tema para que finalmente aparezca un comunicado fechado en julio de 1987 por la mencionada agencia. Lo sorprendente sin embargo radica en el hecho de que tampoco los rusos hablan de la neumonía atípica en España en sus boletines científicos, médicos o internacionales, sino precisa y concretamente en el Boletín Militar de la APN. El mencionado boletín habla de la posibilidad de una infección por virus, descartada para la intoxicación masiva que nos ocupa. Si bien hay que aportar al respecto el dato de que el profesor Link, del Bundesgesundheitsamt (oficina federal de la Salud) en Berlín manifestó a principios de 1985 ante las cámaras del programa Globus de la televisión germanoccidental que en los últimos tiempos había recibido documentación sobre hallazgos inespecíficos junto a los específicos ya clásicos, en cuadros clínicos nuevos causados por intoxicación con ésteres organofosforados. Estos hallazgos inespecíficos son similares, según declaró Link, a procesos clínicos que aparecen en infecciones por virus. Añadió también—y esto es importante para lo que sucedió en España que estos hallazgos inespecíficos estaban en curso de experimentación. Redondeó su intervención con el aserto de que debe de incluirse en estas consideraciones al Fenamiphos, para concluir que los productos agroquímicos son potentes venenos .

En la primera semana de octubre de 1987, el teniente general Anatoli Kuntsevitch, experto agregado al Ministerio de Defensa y a la Academia de Ciencias de la Unión Soviética, explicó en las instalaciones militares soviéticas de armamento químico en Shijani que la creación del arma química binaria hace imposible cualquier tipo de control internacional, debido a que su producción puede ser organizada secretamente incorporándola en cualquier empresa química privada. Implica la experimentación con nuevos tipos de agentes químicos en la industria de herbicidas, entre otras—dijo—, existiendo la posibilidad de evitar las inspecciones en las unidades y empresas que pertenezcan a sociedades privadas o multinacionales. Es importante por lo tanto que al enjuiciar lo sucedido en España con el síndrome tóxico, se tenga presente que la industria química privada multinacional ofrece la única posibilidad de ensayo impune en el supuesto de un acuerdo internacional de suspensión de la experimentación y almacenamiento de armamento químico.

Pocos días después, en entrevista concedida a Vassili Morozov y divulgada a través de la Agencia de Prensa Novosti, el coronel general Vladimir Pikalov, comandante de las tropas químicas del Ministerio de Defensa de la Unión Soviética, afirmó textualmente que «actualmente, existe paridad entre la URSS y los Estados Unidos, en armas químicas». Refiriéndose al arma binaria, dijo: «Pudiendo producirse esta arma de forma disimulada por no importa qué empresa química, la eficacia de un control mundial está en peligro de hallarse seriamente disminuida.» Para evitarlo, dijo que «se hacía necesario hallar lo medios de controlar a las multinacionales y de tomar las medidas jurídicas necesarias».

Dejémoslo aquí por el momento.

Publicados sus artículos en Mundo Desconocido, v cuando nos seguía enviando información desde tierras americanas, Alejandro Vignati murió intoxicado en Caracas, en medio de una fuerte depresión pero también de una tremenda lucha por salir de ella, en setiembre de 1982. Sin relación directa con la muerte de Alejandro, dos meses después nos vimos forzados a suspender la publicación de la revista. Jesús de las Heras, que publicó un

excelente estudio monográfico sobre el caso Mestre, o sea sobre las circunstancias que rodearon el asesinato de María Teresa Mestre, la mujer de uno de los principales acusados en el sumario del síndrome tóxico, el industrial catalán Enric Salomó venía publicando además muy buenos artículos sobre la historia de este síndrome en el diario madrileño El País. Pronto dejaría de ocupar su puesto en el citado rotativo. Si bien él no quiere relacionar ambas circunstancias. Es una casualidad. José Oneto hacía ocho años que venía dirigiendo el semanario Cambio 16 cuando en diciembre de 1984 éste apareció con una portada en la que se leía que «un producto Bayer envenenó a España». No llegarían a pasar ni siquiera dos meses mas para que Oneto dejara de ocupar su puesto en la mencionada revista. Aunque él no quiere relacionar ambas circunstancias. Es otra casualidad.

El Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada manifestó su opinión contraria a la de la Administración en lo referente al agente causante de la epidemia, ya en los primeros días de hacer su aparición esta. Fue cesado por ello de forma fulminante e inmediata de su cargo de director en funciones del madrileño Hospital del Rey. Pero siguió trabajando en el esclarecimiento de las causas que originaron la enfermedad masiva. Su investigación le llevó muy lejos—o, lo que es lo mismo muy cerca del foco del problema—. Pero no pudo culminar su tarea El Dr. Antonio Muro murió de cáncer de pulmón en abril de 1985. Poco podía imaginarse por aquel entonces Juan José Rosón—el hombre que mas sabía, con mucho, del síndrome tóxico, v el que mejor nota tomaba de los movimientos del Dr. Muro («Nos llevaba un seguimiento perfecto; a nosotros nos tenía controlados a todas horas» me diría el Dr. Juan Raúl Sanz, jefe de Sanidad de Torrejón de Ardoz en la época de la aparición de la epidemia)—que un año v pico más tarde moría de la misma enfermedad.

El Dr. Muro no fue el único que perdió su puesto por seguir una línea de investigación disidente de la oficial en lo que al síndrome tóxico atañe. También perdieron los suyos, por ejemplo en octubre de 1984, los epidemiólogos que formaban parte de la comisión de investigación de la enfermedad. Más aún, el Dr. Muro no fue el único tampoco en quedar afectado por el cáncer durante el período que duraron sus investigaciones en este asunto. Colaboraban estrechamente con él el ya mencionado Dr. Juan Raúl Sanz, el Dr. Vicente Granero, la periodista Aurora Moya y el labriego (su «asesor de campo, como le llamaba Muro) Higinio Olarte Pérez. Pues bien, el Dr. Muro murió de cáncer de pulmón, Higinio Olarte murió de cáncer de hígado y dos componentes mas de este equipo de cinco tuvieron que ser intervenidos quirúrgicamente para serles extirpados sendos cánceres, con lo que solamente quedó indemne una de las cinco personas del equipo.

Otro estrecho colaborador del Dr. Muro, el Dr. Javier Martínez, tuvo que ingresar en la UVI en agosto de 1985, aquejado de una repentina y fuerte afección pulmonar. Y de acuerdo con mis informaciones, un químico de los verdes alemanes que por iniciativa del periodista germano Gerhard Johannes Spiegel-Schmidt había acudido a finales de 1984 a España acompañando a la diputado en el Parlamento Europeo Dorothee Piermont, y que posteriormente ha tenido serios enfrentamientos con la empresa comercializadora del producto Fenamiphos en Alemania, sufrió también. en tres ocasiones, una grave intoxicación.

Casi como por acto reflejo, acuden a la mente de uno aquellos arqueólogos que se quedaron en el camino, víctimas de la maldición del faraón, por haber osado penetrar en el secreto de la tumba de Tutankhamon. También aquí parece flotar una especie de maldición contra quien tiene la osadía de desvelar el secreto del origen del síndrome tóxico. Estoy habituado a esta y a otras variantes de sutiles zancadillas conducentes a ir minando la moral y el arrojo de quien se empeña en ahondar en las circunstancias profundas e importantes de la vida del ser humano, como medio para alcanzar algún día el conocimiento del secreto de nuestra existencia. De vez en cuando, uno se detiene y se plantea la conveniencia de la alternativa de abandonar la lucha de la búsqueda. Pero entonces, la vida dejaría de ser fruto silvestre para metamorfosearse en lata de conservas. Y la vida nació libre, ¿ no? ¿ O acaso llegará a extremos tan lejanos el engaño? Se impone una y otra vez abrir la lata, salirse de ella y continuar viviendo. Hasta que ya no queden latas v todos seamos vida.

Siempre que han aparecido signos que recomendaban el abandono del camino comprendido, he optado por reemprender la marcha con redoblado empuje. Es la única forma de no dejarte devorar por el poder para convertirte en uno de esos dóciles siervos del gran rebaño al que anteriormente aludí. En los últimos tiempos, estos signos han florecido vigorosamente. Hasta el punto de que tengo más presente que nunca una máxima aprendida hace ya muchos años: «No olvides que quienquiera que elija desvelar nuestros misterios y nuestra doctrina secreta pone en juego los tres planos de su existencia: el plano espiritual, el intelectual y el físico. La verdad merece ser velada porque no está al alcance de todas las inteligencias. No tendrás otra fuerza que tu ciencia, y la armadura que te cubra será la protección de tu silencio.» Sé que hay temas que no se

deben tocar y éste. si bien en un plano absolutamente menos esotérico y menos trascendental, es claramente uno de ellos. Pero eso para mí solamente es una razón de más para adentrarme en él e intentar destaparlo. Porque no hay derecho a que tantísima gente siga siendo eternamente muñeco ciego en manos de quienes ocupan el poder. Otras investigaciones me han deparado serios avisos y no por ello dejé de seguir el hilo de las mismas.

Como lo hago también ahora, sentado ante la máquina con la responsabilidad de decidir si escribo o no escribo este libro. Sé que no será tarea fácil asumir las consecuencias, pero alguien tiene que hablar lo más claro posible públicamente.. Sé que no se pueden demostrar muchas cosas a estas alturas, a siete años vista de los acontecimientos, pero debo explicarle a la opinión pública lo que sucedió con más de 25.000 españoles envenenados en 1981. Con ello no hago más que satisfacer los deseos de los dos presidentes que, desde entonces hasta hoy, gobernaron o gobiernan a los españoles: «Tengo pasión por la claridad». Le confesaría Leopoldo Calvo-Sotelo —presidente del Gobierno en el momento de producirse la intoxicación—a Arturo San Agustín durante la entrevista que éste le hiciera en mayo de 1987 para el diario el Periódico o, mientras que por otro lado es de dominio público la pasión por la transparencia informativa que proclama Felipe González.

Pero nadie les ha explicado a los españoles lo que ha sucedido. Nadie ha pedido disculpas, nadie ha reconocido que hubo errores de gobierno. Quienes sembraron la muerte gratuita y absurda en Hipercor, aceptaron luego públicamente la gran responsabilidad que les correspondía por la autoría del hecho, y reconocieron también públicamente «el gran error cometido en el desarrollo de esta operación», al tiempo que aseguraron el testimonio de su pesar «a todo el pueblo catalán y a los familiares y allegados de las víctimas inocentes en particular» Aún es hora—al cabo de siete años—de que algún gobierno se pronuncie diciéndoles a los españoles que hubo un gravísimo error que produjo 650 muertos y de resultas del cual siguen habiendo 25.000 afectados, muchos de ellos de por vida.Todavía es hora de que el gobierno de UCD o el del PSOE reconozcan este error y pidan disculpas a los muertos, a los afectados, a los familiares y a todos los españoles. ¿ O es que cabe pensar acaso que realmente fue algo más grave que un error?

Este libro le proporcionará al lector datos que no se le han facilitado, la otra cara del síndrome tóxico, aquella que la Administración y el Poder han intentado ocultarle. Refleja opiniones y posturas anteriores en su gran mayoría al

comienzo de la celebración del juicio correspondiente, anteriores por consiguiente a que se desencadenara la ronda final de pactos, marchas atrás, y manifestaciones más o menos aisladas de cobardes rectificaciones de opiniones o suavizaciones de posturas mucho mas definidas y críticas con anterioridad. Este libro es necesario sobre todo en el caso de que llegara a cobrar cuerpo el pacto cuya sombra pende cual nube del olvido sobre el juicio que todavía está pendiente de sentencia en la madrileña Casa de Campo: a grandes rasgos podría llegar a pactarse la libertad de los industriales que hoy se sientan en el banquillo, a cambio de la retirada de las querellas presentadas por los abogados defensores y a cambio de que la Administración no apareciera involucrada en el escándalo de la primavera de 1981. Aquí no habría pasado nada. Pero resulta que sí pasó. Y lo que es más grave: si no se habla claro, la misma historia puede volver a repetirse en cualquier momento.

Por de pronto, las presiones a que se vio sometida parte de la Defensa, a punto estuvieron de provocar en noviembre de 1987 la paralización temporal de la vista. Razón de más para agilizar la publicación de este libro.

Quede bien claro por otra parte que con él no pretendo acusar a nadie, ni llevar a nadie ante ningún tribunal. Soy de los que están convencidos de que el castigo y la privación de libertad no conducen a ningún fin positivo para nadie. Solamente pretendo que la gente no viva tan engañada como lo está haciendo, y que este libro sirva para que, para la próxima, esté sobre aviso.

Andreas Faber-Kaiser
Madrid, Eivissa y Barcelona, primavera 1987- invierno 1988

EL JUICIO DEL SIGLO

«Como intérprete y en este momento portavoz del más numeroso colectivo de perjudicados, debo hacer llegar a los señores Ministros el clamor de la exigencia de un ejemplar castigo a los culpables, para quienes se pide el restablecimiento de la pena de muerte, la aplicación de la ley antiterrorismo y la imposición de la pena consistente en hacer consumir aceite tóxico como el que han ingerido a virtud de engaño los perjudicados.»

Esta frase figura en el escrito que con fecha 19 de agosto de 1981 remitió el abogado madrileño Antonio García Pablos al Consejo de Ministros que debía de celebrarse al día siguiente. Los presuntos culpables para quienes pedía tan drástico castigo resultaron con el tiempo ser 38 ciudadanos vinculados al comercio y manipulación del aceite de colza. Se les acusa hoy del envenenamiento de más de 25.000 conciudadanos, de los cuales fallecieron 584 según las conclusiones provisionales que cita el fiscal, Eduardo Fungairiño, y bastantes más si nos atenemos a la realidad de lo acaecido a partir de la primavera de 1981. Desde el día 30 de marzo de 1987 su culpabilidad o inocencia se está dirimiendo en un pabellón especialmente habilitado al efecto en la Casa de Campo de Madrid, en el juicio oral correspondiente al sumario 129/81, del Juzgado Central de instrucción nº 3. Previamente, nueve de ellos permanecieron en prisión preventiva mas allá de los límites previstos por la ley de Enjuiciamiento Criminal. O sea, de forma ilegal. Mientras estaba en prisión, a uno de ellos le asesinaron a su mujer. Para cada uno de los nueve principales acusados, que son Ramón Alabart, los hermanos Agustín y Tomas Baviera, los hermanos Fernando y Juan Miguel Bengoechea, los hermanos Elías y Ramón Ferrero, Cándido

Hernández Galán y Jorge Pich Garriga. el fiscal pide más de 10.000 años de cárcel.

Si desde el comienzo de todo este drama uno vislumbra que la hipótesis del aceite asesino no se aguanta por ningún cabo, el juicio no ha hecho sino añadir elementos que confirman esta impresión. Quienes han sentado en el banquillo a los 38 acusados argumentan que lo que envenenó a miles de españoles es un aceite de colza desnaturalizado con anilinas. Las anilinas serían lo que causó la epidemia. Más adelante volveremos a ellas. Aquí solamente quiero remarcar algo relacionado con ellas que ya no cuadra en las conclusiones formuladas por el fiscal Fungairiño a la Sala. Resulta que las anilinas, cuando se toman a grandes dosis, provocan que la hemoglobina de la sangre que es la que transporta el oxígeno, se convierta en metahemoglobina, no permitiendo entonces que se transporte el oxígeno. Al no transportar el oxígeno, se produce una situación de ahogo del intoxicado. De lo que resulta que la metahemoglobina es una característica de la intoxicación por anilinas. Como en el caso que nos ocupa el aceite de colza está desnaturalizado con anilinas, se pensó inmediatamente en este proceso, efectuándose estudios exhaustivos para determinar esta metahemoglobina, pero nunca fue detectada en los afectados por el síndrome tóxico. Lo que sorprende es que de todas formas el fiscal hable de este proceso de metahemoglobinización en sus mencionadas conclusiones. Cito literalmente de la hoja nº 12 de las mismas: «Los síntomas que permiten apreciar la existencia de la intoxicación por aceite de colza desnaturalizado son los siguientes: Cianosis pizarrosa o "tinte cianótico apizarrado de la piel". muy marcado en cara, labios y extremidades, a consecuencia de la metahemoglobinización. El mecanismo o proceso de intoxicación consiste en una "acción narcótica precoz que condiciona la fijación de los lípidos cerebrales", seguida de "aceleración respiratoria y convulsiones, astenia y somnolencia, que desemboca en un coma mortal"; en la sangre la intoxicación se manifiesta en "anemias de tipo hemolítico"; en el sistema cardiovascular la intoxicación se muestra en forma de "bradicardias, hipotensión, trastornos del ritmo con extrasístoles y, en casos graves, colapsos"». Pues bien nunca se ha dado este proceso que describe el fiscal, característico de una intoxicación por anilinas, en ningún afectado del síndrome tóxico. Entonces, ¿por qué se sientan en el banquillo los señores que están siendo juzgados por este crimen? Cuando además, no existe en este caso el arma del mismo. Me explico: No ha habido hasta hoy ni una sola reproducción de la enfermedad. Mientras no sea capaz la ciencia de reproducirla, no puede nadie afirmar qué fue lo que la causó. Por lo tanto, en estos momentos no se conoce el tóxico que la provocó. Entonces, ¿sobre qué base se construye la acusación contra quienes hoy se sientan en el banquillo de la Casa de Campo? Como a lo largo de este libro lo iré argumentando, sobre ninguna.

El responsable de Sanidad en la localidad en que se detectó el primer afectado del síndrome tóxico, el Dr. Juan Raúl Sanz, me confesaría que el juicio que ahora se estaba celebrando era «el mayor engaño al que pude asistir en mi vida». Lo que se olfatea en el ambiente de todos aquellos que no comulgan con la hipótesis del aceite asesino, es que se trata de un juicio absurdo, montado para favorecer a la Administración, con personajes importantes que solamente están esperando el lento transcurso de los diez años que marcan el período que les separa de su definitiva inmunidad e impunidad legal en lo que a implicaciones personales en el escándalo de 1981 concierne. Si la habilidad del juego legal logra llegar en el actual estado de indefinición hasta el año 1991, habrán prescrito todas las inculpabilidades contra personas que en el momento de la aparición de la epidemia ocupaban cargos en la Administración.

«La instrucción del sumario de la colza se ha llevado muy mal y existen graves contradicciones en el mismo. Se han descantado las vías de investigación alternativas a la teoría oficial del aceite, cuando aún se desconoce el agente tóxico del síndrome. Hay que sentar a la Administración en el banquillo de los acusados. Si no se la procesa, corremos el peligro de no determinar su responsabilidad subsidiaria y, por tanto de que los afectados se queden sin indemnizaciones—declaró el abogado de la acusación Fernando Salas, quien añadió que—tampoco está claro el motivo por el cual se ha abierto otro sumario paralelo a los responsables de la Administración, que está semiparalizado en el Juzgado Central N. ° I de la Audiencia Nacional, y parece que nadie tiene demasiadas ganas de agilizarlo. No entendemos el porqué de esta separación de responsabilidades».

También Juan Francisco Franco, uno de los principales si no el principal letrado de la defensa, me dijo el 31 de julio último, hablando del juicio, que hasta ahora «se han venido saltando una serie de normas procesales y esto de ahora en adelante no lo vamos a permitir». Meses antes, en abril, ya me había hablado de las irregularidades habidas durante la fase de instrucción del Sumario.

Para los cazadores de casualidades, vaya el dato cuando menos curioso de que quien estuvo enclavado en la cúspide de la pirámide investigadora en la etapa correspondiente precisamente a la investigación, está ahora, precisa-

mente en la etapa correspondiente al desarrollo del juicio que pretende establecer las responsabilidades del caso, ocupando la cúspide de la pirámide acusadora de la Administración: Javier Moscoso presidió en su día la comisión del síndrome tóxico en su calidad de ministro de la Presidencia, siendo hoy el fiscal general del Estado. Hay asuntos que no salen de casa.

En cualquier caso, la forma en que se está juzgando lo sucedido se enmarca a mi entender en un absurdo legal. El desglose de las responsabilidades en dos causas separadas—una (centrada en los comerciales del aceite de colza) en curso y la otra (centrada en cargos de la Administración) paralizada—solamente puede conducir a una pérdida de tiempo para el esclarecimiento de lo acaecido, al tiempo que ganan tiempo para su impunidad los auténticos responsables de la intoxicación. El juicio que desde marzo de este año se está celebrando en la Casa de Campo está basado en un sumario que fue cerrado años atrás y que tuvo que ser reabierto posteriormente al faltar determinadas pruebas periciales y, sobre todo, como ya apunté, el arma del crimen: el tóxico, que continúa faltando cuando va se llevan más de once meses de juicio. Juicio que en su inmensa mayoría contempla querellas que se basan en la culpabilidad del aceite de colza desnaturalizado. Si se llega a demostrar que el origen del síndrome no hay que buscarlo en el aceite, habrá que volver a comenzar desde el principio con todo el proceso legal. El absurdo legal al que aludí es que se está enjuiciando lo sucedido en la primavera de 1981 a base de un juicio de delitos menores relacionados con la comercialización del aceite de colza, pero que no tiene absolutamente nada que ver con el síndrome tóxico. En cuanto se vayan presentando las pruebas que obran en poder de la defensa—y siempre y cuando no se llega antes a un pacto entre las partes, pacto que echaría tierra suficiente sobre lo realmente sucedido—habrá que hacer una ampliación del procedimiento actual, que conduciría inevitablemente a un juicio nuevo de caso absolutamente distinto al que ahora se está celebrando.

Para que el lector no introducido en el complejo entramado de este asunto pueda hacerse una idea mínimamente clara de la situación, voy a intentar esquematizarlo al máximo el problema, antes de pasar a abordar la historia del mismo.

A principios de mayo de 1981 se detecta una enfermedad nueva en España, que afecta a un creciente número de individuos. En los primeros días surgen diversas hipótesis de urgencia sobre el origen que desencadenó la epidemia. hasta que el gobierno anuncia por televisión que la culpa de todo lo

tiene una partida de aceite de colza desnaturalizado, distribuido en venta ambulante. Los industriales y comerciantes que han intervenido en el proceso de importación, manipulación y distribución de este aceite son quienes hoy se sientan en el banquillo de los acusados. Pero a lo largo de estos siete años ha habido una serie de científicos que han ido evidenciando que el aceite presuntamente tóxico no pudo haber sido el causante de la tragedia. Por lo cual el juicio que actualmente se está celebrando, no responde en modo alguno a un espíritu de aclarar el origen del síndrome tóxico y por consiguiente de impartir justicia y delimitar responsabilidades por la enfermedad aparecida en la primavera de 1981, sino que se reduce a un juicio que a lo sumo podrá clarificar si hubo o no fraude en la importación, manipulación y distribución de determinada partida de aceite de colza. En el caso de resultar culpables realmente de un fraude de este tipo, a los acusados, y solamente a algunos de ellos, se les podrán imponer penas menores. Pero jamás se les pueden endosar los muertos y afectados por el síndrome tóxico.

Simultáneamente, una serie de investigadores han ido siguiendo otra pista que conduce a un origen mucho más lógico para la epidemia, si tomamos en consideración todos los elementos que contornaron la intoxicación detectada en mayo de 1981. Esta pista tiene su punto de partida en una combinación insecticida, concretamente un combinado nematicida organotiofosforado que envenenó a las mas de 25.000 víctimas al consumir éstas tomates de una determinada partida tratada con el aludido insecticida.

La investigación por vía judicial de esta posibilidad, así como de cualquier otra hipótesis plausible con respecto a la causa real de la enfermedad, investigación que no debería de finalizar hasta lograr demostrar feacientemente cuál fue el indiscutible desencadenante de la tragedia, es el camino que debe de desembocar en el auténtico juicio del síndrome tóxico, con reparto de responsabilidades a quien realmente y en justicia corresponda, caiga quien caiga. Pero que sean los auténticos culpables, y no unos comodines inocentes en lo que a esta dimensión del problema respecta.

Se podrían haber curado

La gravedad del problema planteado se acentúa por la circunstancia de que por lo menos desde finales de julio de 1981 el Gobierno estaba suficientemente informado de que no era posible que el aceite fuera el causante de la epidemia. Desde aquel momento cuando menos debía de haberse incentivado con todos los recursos posibles el análisis de las otras posibilidades que se barajaban para el posible origen de la enfermedad, posibilidades que ya estaban también a finales de julio de 1981 sobre la mesa de quienes empuñaban las riendas del poder. Eso era de prioridad absoluta puesto que había personas que se estaban muriendo y se imponía la urgente necesidad de conocer el origen del mal para poder intentar la curación adecuada de los afectados.

Meses más tarde, pero siempre dentro del mismo año 1981, el Ministerio de Sanidad queda ampliamente informado de la posibilidad de que determinado insecticida organotiofosforado podría haber desencadenado la nueva enfermedad. Pero no actúa en consecuencia.

Y a mi entender la cosa se agrava cuando 8 meses después de aparecer el primer caso de síndrome tóxico, un médico militar, el teniente coronel Dr. Luis Sánchez-Monge Montero, envía al Gobierno, al INSALUD, «para que lo leyera Valenciano», me diría, refiriéndose con ello al Dr. Luis Valenciano, a la sazón Director General de la Salud Pública, un informe en el que afirmaba que el origen de la grave enfermedad radicaba en un veneno que bloqueaba la colinesterasa, y en el que explicaba cómo había que curar a los enfermos. Más adelante definiría este veneno como un compuesto organofosforado. No se trataba de aventurada teoría: el Dr. Sánchez-Monge ya había curado para entonces particularmente a unos cuantos afectados. Lo

cual quiere decir que tal vez no todas, pero decididamente muchas de las 25.000 víctimas podrían estar curadas desde 1982. Pero nadie reacciona en el INSALUD ni en la Dirección General de la Salud Pública. Más la gravedad de la inhibición oficial no termina allí. El Dr. Sánchez-Monge envía también un informe sobre sus evaluaciones y curaciones a la publicación especializada Tribuna Médica, que lo reproduce en la página 8 de su número 937, correspondiente al 19 de marzo de 1982. Yo me imagino que el Ministro de Sanidad debe de estar puntualmente informado de cuantas noticias interesantes se publican en un semanario de las características de Tribuna Médica. De modo que me imagino enterado al Sr. Ministro de que hay un médico que está afirmando haber curado a una serie de pacientes de la enfermedad conocida por síndrome tóxico, enfermedad nueva y desconocida en cuanto a su tratamiento, y que en aquellos momentos configuraba el problema número uno planteado a la Sanidad española con carácter de extrema urgencia permanente, hasta su total resolución. Me imagino que en estas circunstancias el máximo responsable de la salud de sus conciudadanos lo dejará todo para leer lo que escribe un médico que afirma haber logrado la curación de unos cuantos afectados. Y al minuto siguiente de concluir esta lectura, me imagino al aludido velador de nuestra salud telefoneando al médico en cuestión, para tenerlo al cabo de una hora en el Ministerio de Sanidad y discutir con él sus experiencias con la finalidad de aplicarlas—en el supuesto de que realmente resultaran positivas al resto de la población afectada por la misma epidemia. Pues no. Nadie, ni desde el INSALUD ni desde el Ministerio de Sanidad, se acercó a ver qué más tenía que dar el único médico español que había logrado salvar vidas y aliviar enfermos de la masiva intoxicación. ¿Apaga y vámonos? De ninguna manera: alumbra y veamos qué más hay.

Poco después de dar a conocer sus hallazgos el Dr. Sánchez-Monge, aún podían leerse manifestaciones como la del Dr. José Manuel Tabuenca a César de Navascués en el diario Ya del 6 de junio de 1982, en las que manifestaba que «posiblemente jamás se encuentre el antídoto».

Entrevisté al Dr. Sánchez-Monge en el mes de abril de 1987. Al escuchar lo que me narraba acerca de sus curaciones, pensé que eso debía haberse hecho con todos los afectados en períodos tempranos de la evolución de su dolencia. Por ello le pregunté si aún hoy, a seis años vista de haber contraído la enfermedad, había todavía esperanzas de curación para pacientes que decidieran ahora confiar en su tratamiento. Para mi sorpresa, me contestó que sí podía haberla: «Mire, yo estoy convencido de que hay gente que se puede curar todavía», me dijo.

SINDROME TOXICO



TRIBUNA MEDICA ha venido informando a lo largo de los últimos meses sobre el desgraciado hecho del síndrome tóxico, procurando llevar puntual información a todos los médicos españoles. Hace unos meses iniciamos esta sección de «Tema a debate», en la que incluimos hoy dos trabajos: uno, del doctor Sánchez Monje, sobre los resultados obtenidos mediante la aplicación terapéutica del fosfato disódico y acetato de betametasona; y otro, del doctor Gregorio Miguel Llorente, que realiza una síntesis de conocimientos sobre etiología clínica y tratamiento de los afectados. TRIBUNA MEDICA quiere hacer constar que no pretende en esta sección insistir en la polémica sobre el fraude alimentario o sobre los aspectos comerciales o políticos que pudiera entrañar el hecho. Simplemente, ante la escasez y variedad de datos científicos sobre la intoxicación, quiere abrir sus páginas a quienes desde la perspectiva investigadora o clínica pueden aportar algo de interés para el resto de los profesionales de la medicina. Con ese espíritu de servicio, TRIBUNA MEDICA pone en «Tema a debate» la intoxicación por aceite de colza adulterado e invita a todos los médicos o investigadores interesados en el tema a participar en esta sección.

SINTESIS DE ANTECEDENTES Y CONOCIMIENTOS

Por el Dr. Gregorio MIGUEL LLORENTE

He escuchado y leído todo lo comunicado y publicado por la comisión científica encargada del seguimiento del síndrome tóxico, y considero que como médico ha llegado la hora de ordenar, razonar, pensar sobre todos los hechos aislados que tenemos. Mis ideas, que son de síntesis, están basadas en los conocimientos y antecedentes que sobre el tema existen, aplicando la meditación profunda y la lógica, con el simple propósito de poder cooperar al descubrimiento de la patogenia y tratamientos de la enfermedad.

Mis consideraciones no pretenden ser completas, ni tampoco representar una autoridad; por ello pueden ser sometidas a crítica y sobre todo deben ser avaladas o rechazadas por los tecnicismos que complementan toda idea creadora.

La etiología del llamado síndrome tóxico, no cabe duda, se encuentra en la ingestión de aceite de colza desnaturalizado y manipulado para hacerlo comestible. El tóxico no lo conocemos en cuanto a su composición química se refiere y va a ser difícil ya averiguarlo, dado el tiempo transcurrido y la mescolanza de los aceites investigados, pero el caso es que disponemos ya de otros datos concretos referentes a la clínica y tratamientos efectuados, y basándonos en ellos podemos llegar a una patogenia y unos tratamientos para curar a los enfermos.

El que sean las oleo-anilidas u otro tipo de colorantes el formado en la manipulación del aceite, la presencia del enzima lipooxigenasa o la formación de ácidos grasos insaturados que han dado lugar «in situ» a la creación de peróxidos y su posible entrada en el metabolismo de membrana celular, no debe ser obstáculo para poder seguir una línea positiva en la investigación, pues nos vamos a encontrar con una clínica, una patogenia y un tratamiento similar en cualquiera de los casos.

Tenemos que basarnos en la clínica que conocemos, así como en los tratamientos efectuados, para intuir la patogenia que nos pueda abrir unos horizontes terapéuticos más amplios.

Los datos sobre los que tenemos que partir son: 1) El tóxico nos ha dado una clínica principalmente de: neumonitis, hepatitis, nefritis, dermitis, artritis, miositis, alteraciones neurológicas, asociadas la mayoría a vasculitis, es decir, de una serie de síndromes o enfermedades similares sintomatológicamente e incluso evolutivamente a las que ya conocíamos con el nombre de enfermedades por autoinmunidad: artritis reumatoidea, dermatomiositis, esclerodermia, lupus eritematoso, infiltrado eosinófilo, etc., todas las llamadas colagenosis, aunque sólo en parte coincida la anatomía patológica de las lesiones, cosa que por otro lado no debe extrañar, pues en este caso es el eosinófilo el que interviene con su carga enzimática lisosómica en las alteraciones metabólicas en vez de los monocitos, macrófagos, neutrófilos o linfocitos, como en las otras enfermedades llamadas por autoinmunidad. Por tanto, el ahondar en el conocimiento de la patogenia del síndrome tóxico conlleva una gran importancia por la trascendencia que ello puede tener en la integración de las observaciones en un solo concepto. 2) El síndrome presenta un cuadro humoral con varias características: en un primer momento eosinofilia y leucocitosis; posteriormente, alteraciones en las proteínas plasmáticas, si bien esto último no se dé en todos los casos. 3) No cabe duda que los glucocorticoides y antiinflamatorios actúan modificando la sintomatología y el cuadro humoral.

Todo lo anterior nos lleva de la mano a ver que el tóxico actúa como estímulo superficial para el leucocito eosinófilo, con fijación de ligandos a receptores superficiales de su membrana e hiperpolarización de la misma con pérdida local de calcio y activación del enzima subcelular productora de superóxido; estos aniones o radicales libres ponen en marcha, en un primer momento, en las células del endotelio vascular la cascada de las prostaglandinas: activación de la fosfolipasa-liberación ácido araquidónico-formación prostaciclina y tromboxano por medio de la ciclooxigenasa, con lo cual se neutralizan los aniones superóxido y la PGI2 inhibe la secreción de enzimas lisosómicos por los leucocitos; aumentando el AMP-cíclico; todo ello da lugar a una sintomatología inflamatoria pasajera. Ahora bien, el ácido araquidónico puede ser desviado en su metabolismo hacia la formación de hidroperóxidos tipo HETE en vez de formar prostaglandinas, con aumento de aniones superóxido, al igual que lo hace la lipooxigenasa, así como la formación de lípidos quimiotácticos. Ello puede ser influido por: cantidad de tóxico ingerido, poder de conjugación o eliminación, principalmente por hígado y riñón, asociación con otros metabolitos o medicamentos. En estos casos, la respuesta inflamatoria se hace duradera y se pasa a una segunda fase, en la cual se activa la glucosa-6-fosfato deshidrogenasa-NAD dependiente, con la puesta en marcha de la formación de pentosas-bases-síntesis proteica dentro del pool metabólico general del leucocito, aumento de los enzimas lisosómicos de los leucocitos eosinófilos y su posterior liberación y ataque a los componentes bioquímicos de los tejidos adyacentes a los endotelios y formación, así, de complejos inmunes que cierran un círculo en la enfermedad, a manera de lo que ocurre en las llamadas enfermedades por autoinmunidad que conocemos.

En cuanto al tratamiento, no tengo noticias de si ha sido ensayada la superóxido dismutasa o la ceruloplasmina en enfermos y sus resultados, pero sí de que la acción de los glucocorticoides y antirreumáticos no esteroideos es favorable, con lugares de acción distintos; así, los glucocorticoides inhiben el guaninmonofosfato cíclico y marcan el final de la síntesis de DNA y el comienzo de la transcripción de algunas enzimas, disminuyendo la síntesis de otras, como son ciertas quininas que intervienen de mediadores en los procesos inflamatorios. A diferencia, los antirreumáticos no esteroideos unos actúan a nivel del adenosinmonofosfato cíclico, activándole y aumentando la síntesis proteica, otros actúan a nivel de la ciclo-oxigenasa, inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, y otros tienen su acción a nivel de estabilización de lisosomas celulares. Por todo ello, creo debemos seguir manejando técnicas de tratamiento en este sentido considero es un verdadero camino a seguir para la curación de los enfermos afectados por el síndrome tóxico. ■

TRATAMIENTO CON FOSFATO DISODICO Y ACETATO DE BETAMETASONA (MI EXPERIENCIA PERSONAL)

Por el Dr. Luis SANCHEZ-MONGE

Empezó con el hijo de un buen amigo mío, que fue dado de alta después de estar sometido a un tratamiento con prednisona, y al mes tuvo una recaída con dificultad respiratoria intermitente, calambres en las cuatro extremidades e imposibilidad de andar, tendencia cada vez mayor a flexionarsele las extremidades inferiores, teniendo que transportarle en brazos o silla de ruedas, motivo por el que ingresó en el hospital para su recuperación mediante tratamiento de rehabilitación.

La angustia del padre del niño me animó al estudio del tratamiento de esta intoxicación.

Después del reconocimiento, exploración, fotocopias de historiales de los casos vistos por mí, tuve la intuición que estos enfermos podían sufrir un bloqueo neuromuscular intermitente y, por lo tanto, reversible; y, a mi juicio, la fisiopatología de este síndrome tóxico es un bloqueo muscular por alteración en los mediadores químicos que intervienen en la contracción muscular.

Sabemos que en circunstancias normales el impulso nervioso produce una liberación de acetilcolina, que tiene un efecto despolarizante en la fibra muscular, provocando su contracción. Posteriormente, la acetilcolina es hidrolizada por la colinesterasa en dos moléculas: colina y acetato, volviendo las fibras musculares al estado de reposo o repolarización.

Creemos que en el síndrome tóxico hay un bloqueo que sufre la placa motriz cuando es sometida a un exceso de acetilcolina o de una droga despolarizante.

Los bloqueos producidos por crisis colinérgicas por sobredosificación, como puede ocurrir con la prostigmina en el tratamiento de la miastenia, son reversibles. Los primeros signos musculares en estos casos son los calambres musculares y las fasciculaciones.

Experimentalmente, el exceso de acetilcolina y las drogas anticolinesterasa modifican la actividad de las terminaciones nerviosas motrices, favoreciendo la aparición de descargas de carácter repetitivo, que producen una desensibilización de las placas motrices.

Por lo anteriormente expuesto nos atrevemos a llegar a las siguientes conclusiones:

Que las causas de este síndrome o intoxicación por aceite adulterado pueden ser:

Una droga que actúe bloqueando la colinesterasa o bien un tóxico de estructura parecida a la acetilcolina, para que no responda a la acción de la colinesterasa.

Por otra parte, este veneno actúa inhibiendo el sistema parasimpático, cuyo mediador químico es la acetilcolina, produciéndose por antagonismo una simpaticotonía, responsable del llamado síndrome seco (sequedad de ojos y orofaringe) y de las alteraciones en el ritmo cardíaco, taquicardias que pueden llevar al enfermo a una insuficiencia cardíaca.

A la vista de nuestra teoría, establecimos un tratamiento con los siguientes medicamentos:

1) Un corticoide, el fosfato disódico y acetato de betametasona, por las siguientes razones:

— Por su potente poder antiinflamatorio, por su indicación en todas aquellas intoxicaciones de origen desconocido.

— Por sus características, acción rápida y efecto sostenido, por la comodidad de su fácil administración y dosificación. Porque empleando dosis bajas hemos obtenido unos resultados realmente sorprendentes. Por su acción euforizante en estos enfermos de ánimo decaído. Porque aumenta el apetito, ganando peso rápidamente los enfermos. Porque a las dosis que hemos utilizado no hemos tenido efectos iatrogénicos, propios de los corticoides.

2) Gangliósidos titulados en ácido N-acetilneuramínico para prevenir la degeneración axonal retrógrada y como restaurador de la conducción nerviosa.

3) Un preparado de acción estimulante de las síntesis enzimáticas, desintoxicante hepático y defatigante.

4) La citicolina, que facilita la transmisión neuromuscular y la rehabilitación, tan imprescindible y necesaria como cualquiera de estos fármacos.

5) La sulfo adenosil L. metionina, porque aumenta el «turn over» de las catecolaminas cerebrales y la disponibilidad de neurotransmisores.

Ensayamos el empleo de los anticolinérgicos, derivados de la belladona, dada nuestra teoría, y el resultado fue un bloqueo muscular de aparición brusca y tuvimos que recurrir al glucocorticoide antes mencionado para desbloquear al enfermo en pocas horas y que pudiera otra vez valerse por sí solo y llevar una vida normal hasta el día de la fecha.

Ante este fracaso recurrimos a un preparado anticolinérgico sintético, sin producirse el bloqueo muscular, arriba mencionado.

Por todo lo expuesto, y en nuestra escasa experiencia, creemos que con el fosfato disódico y acetato de betametasona desaparece el bloqueo neuromuscular de una forma espectacular en relativamente poco tiempo, y que con el resto de la medicación se previene la denervación y se favorece la conducción nerviosa.

Nos queda la duda del anticolinérgico sintético empleado, que lo hemos utilizado en un solo caso y acompañado de la medicación anteriormente citada. En este caso hemos empleado una dosis más baja de fosfato disódico y acetato de betametasona, a pesar de ser un caso muy difícil: una niña con las piernas flexionadas sobre los muslos, con gran atrofia muscular ... de apariencia irreversible.

Creo que merece investigar todo lo expuesto para que estos enfermos se puedan curar o aliviar su sufrimiento.

Tengo que recalcar que la rehabilitación ha contribuido de forma indispensable a obtener los resultados tan alentadores que hemos obtenido con el tratamiento. ■

TRIBUNA MEDICA/Número 937, Pág. 8 — Madrid, 19 de marzo de 1982

El teniente coronel médico Dn Luis Sánchez-Monge publicó el 19 de marzo de 1982 en Tribuna Médica la medicación que podía curar a los afectados (reproducción 1)

Ya en las más tempranas fases del problema cuando aún no se había dirimido la cuestión de si fue o no fue el aceite el causante de la enfermedad, se podría incluso haber acelerado y encauzado con mejor tino la curación de los pacientes, si en vez de cesarlo fulminantemente en sus funciones se hubiera escuchado la voz del entonces director en funciones del Hospital del Rey en Madrid, tal y como lo reconoció incluso el Dr. Ángel Pestaña Vargas, Director del instituto de investigaciones Biomédicas del Centro Superior de investigaciones Científicas (CSIC), en artículo que publicó el 13 de setiembre de 1981 en El País: «¿Cuánta eritromicina inútil, con su fuerte toxicidad hepática nos hubiéramos ahorrado?, y, sobre todo, ¿cuánto tiempo se hubiera podido ganar a la expansión del aceite tóxico, de haber atendido a las tempranas observaciones del Dr. Muro? Sus indicaciones acerca del carácter sistémico de la enfermedad y de que su propagación obedecía a un mecanismo alimenticio le hacen acreedor a un desagravio público, tras el vilipendio a que fue sometido cuando los cantos de sirena de un descubrimiento microbiológico sensacional encandilaron a las autoridades sanitarias en la vía muerta del micoplasma».

Pocos días después de mi visita al Dr. Sánchez-Monge el Dr. Antonio Muro Aceña, hijo del antiguo director en funciones del Hospital del Rey, me confirmaría: «Si se hubiera enfocado la enfermedad por vía digestiva desde el mismo día 10 de mayo en que se dijo, se habría avanzado mucho más. Se habría muerto menos gente y la investigación se hubiera enfocado en otro sentido; lo que pasa es que se dirigió mal. Lo que pasa es que dijeron que había que buscar un bichito, y todo el mundo empezó a buscar bichitos».

El 28 de julio de 1984 los doctores Javier Martínez Ruiz y María Jesús Clavera Ortiz envían una extensa carta al Dr. G. A. Rose, del Departamento de Estadísticas Médicas y Epidemiología de la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de Londres, en la que le exponen la línea de investigación emprendida por el Dr. Muro, y le comentan entre otras varias cosas que «si esta tesis se confirmara podría usarse una posible solución terapéutica propuesta por el Dr. Muro, para combatir el síndrome tóxico». Pero ningún Gobierno hizo nada por confirmar esta tesis, ni siquiera en consideración de que tal vez por aquí podría llegarse a una curación de los afectados.

Si en los primeros días el Dr. Muro ya había descartado otras posibilidades, para limitar el origen de la epidemia a una intoxicación alimenticia, o sea por vía digestiva sus averiguaciones le llevaron a comenzar a descartar el aceite, como vehículo para el presunto tóxico, incluso un día antes de la publicación oficial, el 10 de junio de 1981, de que el aceite de colza desnaturalizado era el desencadenante del envenenamiento masivo. Cuando el Gobierno iba, el ya volvía. Y solamente un mes después, el 11 de julio de 1981, afirma ya que «el síndrome tóxico ha sido causado por un producto fitosanitario vehiculizado por una partida de tomates o pimientos».

Cuando todavía no habían transcurrido dos meses y medio desde que se tuviera conocimiento del primer caso, todos los afectados que no hubieran fallecido con anterioridad podrían haber recibido tratamiento adecuado. Pero el Poder hizo oídos sordos. Una y otra vez. Y una y otra vez yo pregunto: ¿por qué? Una razón muy poderosa debía de impedir que se ahondara en cualquier línea de investigación que pudiera llegar a demostrar lo realmente ocurrido.

El 26 de octubre de 1986 el abogado Juan Francisco Franco leyó en el Parlamento Europeo un informe sobre el Síndrome Tóxico en el que denunciaba:

«La investigación toxicológica, química y bioexperimental quedaba circunscrita exclusiva e indefinidamente dentro de los límites fijados por los resultados de la investigación epidemiológica: el aceite. A pesar de los constantes resultados negativos, el investigador oficial justificará su quehacer, o garantizará su irresponsabilidad, en los antecedentes epidemiológicos.

»Desde los momentos iniciales recibió también la cobertura de la investigación clínica, condicionando los diagnósticos (criterios mayores: consumo de aceite) ocultando o retrasando el reconocimiento de síntomas de la enfermedad, y manipulando resultados analíticos (niveles de colinesterasa).

»Paralelamente, la Administración impidió el desarrollo de hipótesis alternativas valiéndose de todo tipo de medios incluidos la ocultación y falsificación de todos aquellos datos que exigían la apertura de nuevas líneas de investigación.»

Mientras que el Dr. Fernando Montoro Jiménez, quien fuera Subdirector General de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica siendo Ministro de Sanidad Ernest Lluch, después de manifestarme que «ya lo mismo da que sea el aceite, que sean los tomates, o que sea el obispo: ya da igual; porque aquí lo que importa es hablar de afectados», me confirmaría que el antídoto estaba claro en cualquiera de los dos primeros supuestos: «<Si en los primeros momentos de producirse la intoxicación masiva el gobierno de UCD—o cualquier gobierno, me da igual sabe que es la anilina, lo cual era impresentable, desde mi punto de vista, porque yo he pintado todas las mesas del laboratorio durante toda mi vida con sulfato de anilina y me he hinchado de absorber anilina y todos los que han trabajado conmigo y no

ha pasado nunca nada, pues suponiendo que sea la anilina—como se dijo en principio y el aceite, cualquier gobierno que se entere de eso y lo sepa, pues con una inyección intravenosa de azul de metileno, se resuelve el problema. Lo mismo que si resulta que es el organofosforado Fenamiphos, en cuyo caso con el sulfato de atropina pues se curan todos». Naturalmente que el Dr. Montoro se estaba refiriendo a tratamientos de choque, dentro de las primeras horas de afectación del paciente, y que en estadios más avanzados de la enfermedad ya no son efectivos .

En querella presentada con fecha 8 de abril de 1987 ante el Juzgado de instrucción de Madrid y dirigida inicialmente contra la Dra. Gertrudis de la Fuente y el ya mencionado Dr. Ángel Pestaña, director del instituto de investigaciones Biomédicas del CSIC (viperinas lenguas susurraban que semejaba una querella contra el Opus, fuego avivado por las tangenciales maniobras por involucrar de alguna forma a Ruiz Mateos en el síndrome tóxico), se acusa a ambos de encubrir las responsabilidades contraídas por ellos y por otras personas, con las que actuaban en concierto, «para ocultar el origen del "síndrome tóxico", asumiendo con ello notoria responsabilidad, en orden a los daños sufridos por los afectados, a los que de esta forma se les negaba el tratamiento que podía habérseles deparado, de haberse hecho público el origen de la enfermedad, facilitándoles en tiempo oportuno el antídoto, "atropina", y el tratamiento sintomático adecuado como complemento de aquél».

El texto de la querella continúa más adelante: «Los querellados con la conducta imputada, desarrollada para mantener la investigación sobre el aceite como origen del "síndrome Tóxico" e impedir la inculpación de los organofosforados, han podido, de hecho y como consecuencia de aquella ocultación de la verdad el que los afectados del "síndrome tóxico" hayan podido recibir un más conveniente tratamiento médico que hubiese aliviado sus dolencias, aun cuando no hubiesen podido obtener un total restablecimiento. Sin duda alguna a esta conducta ha de concatenarse la agravación de las lesiones por ellos sufridas y quizás también el fallecimiento de alguno de ellos, poniéndose así de manifiesto. cuanto menos una conducta de grave imprudencia temeraria, que podría alcanzar los niveles del dolo eventual e incluso del dolo, como la instrucción sumarial en su día pondrá de manifiesto».

«Es de destacar que el Doctor Sánchez-Monget Médico Militar, y por ello conocedor de la intoxicación por organofosforados, producto este que es utilizado como agente agresivo de guerra química, ha venido tratando, con verdadero y espectacular éxito a enfermos del "síndrome tóxico", tratándoles a este fin con los fármacos adecuados a una intoxicación por productos organofosforados.»

Más adelante el texto de la querella insiste de forma determinante en la ocultación de la verdad por los querellados desde los primeros momentos para impedir la investigación de organofosforados y así ocultar el auténtico origen del síndrome, «conducta a la que ha de conectarse casualmente la agravación de las lesiones producidas en los enfermos al no recibir el antídoto y tratamiento adecuado a la fase y gravedad de la intoxicación sufrida v también, sin duda alguna, el fallecimiento de alguno de los afectados, como la instrucción de la presente causa pondrá de manifiesto».

Cabe subrayar con mayor énfasis aún la grave negligencia de las autoridades sanitarias de la primavera de 1981, cuando se considera que ya a los 11 días justos de conocido el primer caso, el Dr. Ángel Peralta Serrano jefe del departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria La Paz, de Madrid, en artículo publicado en el diario Ya de fecha 12 de mayo de 1981, y después de informar que al INSALUD le habían sobrado 17.000 millones de pesetas aquel año (¡cuánta urgencia y efectividad podría haberse aplicado a la resolución de la nueva enfermedad!), afirmaba, refiriéndose al síndrome tóxico, que en su opinión los cuadros clínicos que se habían presentado en aquellos primeros días mejor se explicaban por una intoxicación por insecticidas organofosforados, que no por una simple infección viral (neumonía atípica). «La realidad es que los casos que han fallecido más impresión dan de una intoxicación que de una infección viral» concluiría

El artículo en cuestión fue replicado al día siguiente (!) por el entonces Secretario de Estado para la Sanidad, Luis Sánchez-Harguindey Pimentel, en carta abierta publicada en el mismo rotativo, con lo cual el mencionado Secretario de Estado evidenciaba estar perfectamente al corriente de lo expuesto el día anterior por el Dr. Peralta.

En diciembre de 1984 el mismo pediatra señalaría a Cambio 16: «En los quince casos de niños afectados que asistí en esos días» (los iniciales de la enfermedad) «pudo comprobar que el cuadro clínico que presentaban era superponible al que provocan algunos pesticidas en cuya composición interviene el fósforo».

¿Por qué no actuaron en consecuencia los responsables de Sanidad? Pues en aquellos comienzos—11 días después de iniciada la epidemia— la atropina habría sido todavía antídoto efectivo para miles de afectados.

De esto se lamentaba precisamente el máximo responsable del departamen-

to de pesticidas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Gaston Vettorazzi Unisanta, secretario del Joint Meeting on Pesticide Residues (JMPR) de la OMS, cuando le comentó a Rafael Cid, redactor-jefe de Cambio 16, que la terrible desgracia de esta enfermedad podría haber ofrecido —aparte de haber podido hallar el antídoto—un banco de pruebas extraordinario para la medicina mundial, para investigar tantas y tantas enfermedades de tipo desconocido, oportunidad que se había perdido para la ciencia, como lamentaría Vettorazzi .

A la pregunta de cuál habría sido la situación de los afectados si se hubiera investigado y descubierto otra causa que el supuesto aceite de colza: el abogado Juan Francisco Franco contestó que «probablemente se hubieran curado muchos enfermos; incluso hay constancia de que casos tratados a los que se aplicó el tratamiento adecuado a las intoxicaciones por pesticidas se han curado, a pesar de que el tratamiento llegó con cierto retraso: hoy todos ellos hacen su vida normal». Interrogado sobre la suerte corrida por militares norteamericanos afectados por el síndrome tóxico en España y oportunamente evacuados a Alemania y a los Estados Unidos, el mismo letrado contestó que son casos muy importantes, «porque hemos tenido noticias de su curación, que ha sido completa».

Los casos concretos de los militares norteamericanos afectados en España por el síndrome tóxico se difuminan en la penumbra del silencio de la información clasificada. Mis averiguaciones por la vía oficial tanto ante los correspondientes estamentos americanos como también alemanes y españoles se hallan en vía muerta.

Pero unas cuantas pinceladas sí pueden perfilarse aquí.

Así por ejemplo, el Dr. Alberto Portera Sánchez, jefe del servicio de Neurología del Hospital Primero de Octubre de Madrid y único miembro español del comité de expertos en neurociencias de la OMS, declaró el 21 de julio de 1987 ante el tribunal del juicio, que en su momento había visitado a una ciudadana estadounidense afectada en la base de Torrejón de Ardoz, que luego fue tratada en su país v mejoró. Cabe mencionar que el Dr. Portera fue en su día el Coordinador Nacional del Grupo de Estudios Necrológicos del Síndrome Tóxico.

Por su parte, el Dr. Antonio Corralero Romaguera, adscrito en su momento al gabinete técnico del Plan Nacional del Síndrome Tóxico, me comentó que habían pasado por sus manos historias de unos americanos, militares de la base de Torrejón, de los cuales nunca más ha vuelto a saberse nada. Todos los indicios apuntan sin embargo hacia el recuerdo de que éstos y otros militares norteamericanos fueron evacuados en primera instancia para ser tratados de su afección por los médicos adscritos a las fuerzas norteamericanas radicadas en la República Federal de Alemania.

Yo personalmente debo en gran parte al Dr. Corralero así como también al presidente de la Federación Provincial de Asociaciones de Consumidores Afectados y Perjudicados por el Síndrome Tóxico (FACSINTO), Pedro César Sanz Orozco—, mi decisión inicial de escribir este libro. En el Dr. Corralero concurre la curiosa circunstancia de que, siendo quien mayor cantidad de aceite presuntamente tóxico consumió de toda su familia, resultó sin embargo ser el único miembro de la misma que no quedó afectado por el síndrome tóxico. El es el presidente de la Asociación Española de Afectados, y en el Plan Nacional del Síndrome Tóxico trabajó en el gabinete técnico que estaba encargado de dilucidar cuáles de las personas que reclamaban ser reconocidas como afectadas por el síndrome tóxico lo eran realmente, y cuáles no. La Administración dictaba que uno de los criterios mayores para determinar que un paciente lo era efectivamente a causa del síndrome tóxico debía basarse en la condición «sine qua non» de que el sujeto en cuestión hubiera consumido efectivamente aceite de colza desnaturalizado. «Yo en aquel comité observé que realmente cuando no había antecedente de consumo de aceite, las reticencias para aceptar al afectado eran múltiples, eran—vamos—muy grandes, mientras que bastaba que una persona tuviera una sintomatología leve y dijera haber consumido aceite presuntamente tóxico para que inmediatamente fuera incluida en el censo, y eso era constante, porque las directrices de la propia comisión clínica lo habían dictaminado como orden», me diría. Y añadió: «Eso duró los meses que duró hasta que —si bien teóricamente seguía perteneciendo a ella—fui un poco relegado de la comisión porque yo me oponía a esos criterios: es decir, que no me acababa de convencer el tema y yo me oponía a que a una persona le dieran la cartilla de afectado o se la denegaran por el mero hecho de haber consumido aceite o no. Yo argumentaba que eso no era un criterio a seguir, que eso lo que estaba haciendo era pues cambiar todo el sentido del tema». A partir de aquel momento el Dr. Corralero "ja havia begut oli" ("ya había bebido aceite". como decimos en Catalunya para significar que alguien ha caído en desgracia). Comenzaron los problemas con la Administración y el INSALUD inició una denuncia contra él. Corralero se queja de los oscuros favoritismos que de todas formas ya marcaban con el sello del secreto muchas etapas de la investigación: durante el tiempo que yo formé parte del Plan Nacional del Síndrome Tóxico nunca me dejaron pertenecer a la comisión clínica, ni par-

ticipar en ninguna reunión, y eso que yo estaba allí. en el Plan...». Y apostilla Juan Francisco Franco, con quien estábamos cenando: «Quizá no eres exacto: hubo un momento en que sí te permitieron, pero para comprarte, para comprar tu silencio. También cuando en marzo de 1983 llegan a Madrid expertos de la OMS para aunar todas las hipótesis y emitir un comunicado final al Dr. Corralero se le niega la entrada a la reunión que más le interesaba: «Yo, como trabajaba en el Plan Nacional, asistía a las sesiones de trabajo de los tres grupos: el epidemiológico, el toxicológico y el clínico. Luego se reunen en pequeños grupos y hacían lo que se llama el plenario, en el cual se tomaban las decisiones. Pues bien, cuando se iba a celebrar el plenario de epidemiología, me fue prohibida la entrada. La excusa que dieron es que lo había dicho la OMS». medida que avance en la lectura del libro, el lector intuirá las razones que pudo haber para esta prohibición. «Porque en la reunión esta —prosigue Corralero— yo teóricamente podía entrar: estabá trabajando en el Plan era médico del Plan v no tenía por qué no entrar a las sesiones. Ahí fue donde yo primeramente empecé a ver que algo raro ocurría. Sesiones a puerta cerrada, Un secretismo tal...»

Pero regresemos a la base aérea de Torrejón de Ardoz y a los militares norteamericanos afectados y evacuados con destino a un mejor tratamiento, o, si se prefiere, al único tratamiento: el adecuado. De las pocas filtraciones habidas se puede colegir que—aparte del personal norteamericano que en número indeterminado fue enviado a Alemania—un grupo de 12 personas afectadas partieron de la base con destino a los Estados Unidos, para ser curados allí de la —en España— desconocida enfermedad.

Otra filtración recoge el dato de que en 1981 acudió a España un norteamericano casado con española, para asistir al entierro de su suegro. La circunstancia destacada de este caso es que el militar en cuestión venía provisto del tratamiento específico contra el síndrome tóxico, a base de oximas. Al respecto cabe recordar lo que me dijo el Dr. Sánchez-Monge, destacado médico militar ya citado: «Las intoxicaciones por organofosforados se curan con atropina y con otras cosas también. Hay que administrar en las primeras horas atropina y oximas. Cuando le insistí si en su opinión fue un organofosforado lo que provocó la terrible enfermedad en España, me contestó que «por supuesto que es un organofosforado; eso casi casi se puede demostrar; es una sintomatología que, de no ser eso, tiene que ser un veneno nuevo». Los americanos en 1981 —cuando aquí la Administración hacía oídos sordos a los pocos investigadores que apuntaban en esta dirección— ya sabían de qué iba el asunto.

Otro caso sobre el que parece haber caído el velo del secreto es el de una familia de norteamericanos afectados por el síndrome tóxico, que vivían en una urbanización exclusivamente reservada para personal afecto a la base de Torrejón, y situada junto a la Moraleja, que a su vez pertenece a Alcobendas. Se quedaron a vivir allí y decidieron inscribirse en la asociación de afectados de Alcobendas. Ahora han sido citados para el juicio, y resulta que no aparecen. Con el objeto de localizar su nueva dirección para poder mandarles la citación, se ha logrado acceder a los servicios de documentación de personal en la misma base. La opinión inicial del oficial correspondiente fue que no había problema alguno para su inmediata localización, puesto que si habían sido destinados a cualquier otro lugar, el nuevo destino —como en general el paradero permanentemente actualizado de cualquier persona que trabaje para el gobierno de los Estados Unidos— se localizaba de inmediato. Mas este rosado panorama se trocó en impenetrable neblina en cuanto introdujeron los nombres en el ordenador: de repente la contestación fue que todavía se estaban procesando sus datos y que no había respuesta. La situación continúa igual en el momento de escribir estas líneas.

A quien sí pude localizar valiéndome de mis informadores en los Estados Unidos es al médico afecto a la base de Torrejón en el momento de producirse la epidemia, y cuyo paradero no fueron capaces de averiguar en seis años ni los abogados, ni los médicos, ni los periodistas internacionales que andaban tras su pista: el coronel Esteban A. Alcázar está destacado (al menos lo estuvo en mayo de 1987) en el 31 Medical Gp/SGHL de la Homestead Air Force Base radicada en Florida (código 33039), en los Estados Unidos. Pero también aquí cualquier intento ulterior de contactar con él personalmente se disolvió en el más hermético de los silencios. Eso parece lógico, si recuerdo las palabras que pocos días antes había oído en boca del abogado de los hermanos Bengoechea: «Alcázar era uno de los médicos militares en la base de Torrejón, y tenía una información muy importante en ese momento: conocía los casos de los afectados americanos y hoy en día podría proporcionarnos información muy valiosa si lo localizáramos; pero no hay manera de encontrarlo».

Quien conocía bien a Alcázar, oriundo de Palencia pero nacionalizado norteamericano, es el que fuera jefe de Sanidad de Torrejón de Ardoz, el Dr. Juan Raúl Sanz, ya mencionado. Hablando del coronel silenciado, me dijo que «cuando estalló lo del síndrome tóxico, ya fue imposible dar con él, ni a través de Jefatura de Sanidad, ni a través del Ayuntamiento de Torrejón; no se averiguó si se había trasladado con enfermos a Alemania, o si había marchado más lejos». Y el antiguo jefe local de Sanidad, que se confesaría

estrechamente vigilado por Rosón en su momento, me amplió detalles sobre su relación con el coronel Alcázar:
«Alcázar era un experto en balística. Había estado trabajando, por lo que yo sé —he comido varias veces con él— durante los últimos cinco años (de 1976 a 1981) en bases aéreas dependientes de la OTAN. A título de hobby era un experto en balística, y como profesional era un experto en medicina legal, sobre todo en criminologías, v paralela y especialmente también en anatomía patológica y en todas aquellas enfermedades raras que puedan producirse en bases aéreas. O sea que es un estudioso. digamos, de la medicina militar. Bastante antes de producirse el síndrome tóxico, habíamos hecho autopsias juntos a ciudadanos americanos en la misma sala de autopsias de la base de Torrejón que, por cierto, es mejor que la de cualquier instalación sanitaria de Madrid y de ningún sitio que yo haya visto. Yo concretamente llegué a trabar una cierta amistad con Alcázar a raíz de las tres autopsias que hice allí con él, puesto que nos caímos mutuamente muy bien. A raíz del síndrome tóxico intenté conectar con él y me fue imposible, es más: me dijeron que había desaparecido de la base, que se había ido a Alemania. Eso lo supe por el intérprete que tenían ellos allí, que era el que nos relacionaba con el juzgado. Me dijo el intérprete que había salido para la base aérea que tienen ellos en Heidelberg, en Alemania, acompañando a algunos de los americanos afectados. Y no volví a saber más de él. Cuando he querido saber de él. ha sido ahora, porque me lo pidió la periodista alemana Gudrun Greunke, y, mira, ni el oficial del Juzgado, Julián, que ya está jubilado y al cual le debe favores prácticamente toda la gente de la base, pudo averiguar nada cuando con sus artes y sus mañas quiso enterarse a través del intérprete, y a través del abogado que lleva la relación de la base con la parte jurídica de Torrejón. Todos le respondieron una cosa: "Mira, está en una base americana; no te podemos decir cuál. No hay comentarios sobre Alcázar, y nos han dicho que por favor no digamos nada de nada". Todo perdido. Y entonces el mismo Julián se extrañó, pues decía que nunca le habían sustraído información sobre nada de lo que él había pedido, y que les había dicho que no necesitaba hablar con Alcázar porque tenía que ir a declarar al juicio y precisaba hablar con el, no por nada de los americanos sino por cosas de él, de Alcázar. Pues no ha habido posibilidad alguna de podernos relacionar con él.»
Poco más me diría el Dr. Sanz acerca de las posibles implicaciones de la base de Torrejón en el síndrome tóxico —implicaciones directas que el entonces jefe de Sanidad de aquella población descarta categóricamente— . Solamente añadió que «Alcázar realmente creo que se preocupó mucho al principio, porque se hicieron comentarios en el mismo Torrejón, que si tendría que haber algo de algún escape o algo similar de la base, por haberse dado allí los primeros casos, y entonces pues yo creo que se alarmó, y eso me da a mi que pensar, pues coincidió con que hubo una vigilancia extrema aquellos días en la base, y con los mismos soldados de la base nuestra que fueron al Hospital Militar de Aire a ingresarse, pues hubo también una cerrazón de información. Es más, a mí en un viaje, me pusieron a un hombre del Opus, el general Almendral, una bellísima persona de Zamora, que fue subdirector del Hospital del Aire y, por más que comentamos sobre el síndrome, él me decía que había cosas extrañas y raras, pero nunca comentó cuáles, ni informó de nada».

El Dr. Antonio Muro Aceña me confirmaría el ingreso de soldados afectados por el síndrome: «También hubo soldados españoles ingresados en el Hospital del Aire, de allí en Torrejón que también estaban intoxicados; porque todos nosotros estábamos estudiando allí, y allí había enfermos del síndrome tóxico, soldados ingresados allí».
Dentro del anecdotario militar norteamericano relacionado con el síndrome tóxico, el mismo ex-jefe de Sanidad de Torrejón me comentó que «en los primeros días llegó un tal Payne, un hombre que a mí me extrañó, puesto que o era muy americano o no era médico —es lo que pensamos en aquellos primeros días— puesto que se puso una bata, que le dimos en el Hospital del Rey, al revés; y su obsesión nada más llegar al hospital era saber si teníamos microscopios electrónicos, y una vez que vio que no había microscopios electrónicos, se quedó más tranquilo. Y esa fue su única información. Le vi una vez en una reunión en el Ministerio en los siete primeros días, y ya desapareció. Nunca más se supo de él. Llegué a escuchar en algunos ambientes del Ministerio que era un hombre que estaba destinado en la OTAN en Italia —creo recordar que en una base americana en Palermo— , y que se había desplazado hasta aquí a raíz de los acontecimientos del síndrome tóxico. Luego, aquel hombre no solamente no hizo nada por todo esto, sino que me pareció ya que había un cierto ocultismo y un secretismo, por el hecho de que ante una afectación de un síndrome tóxico, de una epidemia nueva, apareciera allí de inmediato un americano».
Para finalizar, quiero dejar constancia de la sorprendente realidad de que cuando el síndrome tóxico —sin estar resuelto ni muchísimo menos— deja ya de ser un tema de importancia para las autoridades españolas, lo sigue siendo de forma prioritaria para las de los Estados Unidos. Esto sólo ya es un escándalo en sí mismo. ¿Es que los americanos querían aparentar en su

país el sistema de desnaturalización y re-naturalización de aceite de colza que habían aplicado quienes hoy se sientan en el banquillo de la Casa de Campo? Que nadie se engañe: más bien estaban al corriente desde el principio de lo que realmente aconteció aquí en la primavera de 1981. El detalle que cito aparece textualmente en la hoja 4.ª del Acta de la sesión del 17 de noviembre de 1983 del Pleno de la Subcomisión de investigación Clínica de la Comisión Unificada de investigación, integrada en el Plan Nacional para el Síndrome Tóxico dependiente de la Presidencia del Gobierno. Citando una intervención del Dr. Manual Posada de la Paz puede leerse allí: «A continuación expuso la relación de trabajos que se van a enviar para ver si pueden ser subvencionados por la vía del Convenio Hispano-Americano. Dicho convenio está basado en un dinero que Estados Unidos paga al Gobierno Español por las bases americanas, que se invierte en proyectos de investigación conjuntos para ambos países. Hace un año el SAT (síndrome del aceite tóxico) era un tema prioritario para los dos países, pero en el momento actual no lo es para España aunque los americanos siguen muy interesados.»
El Dr. Luis Frontela Carreras. catedrático de Medicina Legal y director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Universidad de Sevilla, me confesó off the record en las instalaciones policiales de Canillas que la culpa del desconocimiento que se tenía del agente causante del síndrome tóxico la tiene la ineficacia de la medicina legal en España. El Dr. Antonio Muro, hijo, fue más tajante: «Claro, no de la legal: de todas. Fue el fracaso de los que dirigieron la investigación; se equivocaron totalmente. No solamente la medicina legal. Si los datos de anatomía patológica que te dan te dicen que tienes la entrada por vía respiratoria, y en realidad ha sido por vía digestiva, pues ya tienes el problema montado. No es que sea un fracaso de la medicina legal, sino el fracaso de toda la medicina, porque estuvo mal dirigida». Y añadió —y a esta opinión también me sumo yo, porque es de justicia reconocerlo— que «la única medicina que fue un éxito fue la asistencial, que logró absorber en un mes una epidemia de veinte mil personas, a base de que todo el mundo se quedase sin dormir, de trabajar turnos bestiales y demás, que esto nunca se ha dicho, ni se ha reconocido luego; gracias a esa dedicación se consiguió salvar a la gente».
De forma que aquí la poca suerte que dentro de su desgracia corrieron los afectados, les vino de la mano de la profesionalidad y dedicación, y —por qué no— de la capacidad de improvisación de los médicos que con su buen hacer estuvieron junto a los enfermos. Pero no de quienes debían haber visto el problema en su conjunto: «La tarea asistencial sí funcionó: el único problema es que el trabajo de investigación no se dirigió bien, porque al que estaba ahí además haciendo la asistencia, pues no le quedaba tiempo material para investigar. Tenía que haber habido unos equipos dirigidos por alguien, y eso no se hizo. Porque no puedes perder un mes y un tercio simplemente en buscar por la vía respiratoria y no buscar nada más. Ahora mismo también puedo decir que fue culpa del Ministerio por permitir que ese mes no investigaran en otros sentidos. Y afirmar que es el aceite, pues supone que entonces la responsabilidad es del Gobierno también, no del de ahora, sino del de entonces; como el de ahora tiene que asumir lo que dejaron los de entonces, porque es que hubo un mes en el que no dejaron investigar la vía digestiva». Que era la acertada.

Y toda esta medicación errónea e inadecuada, mientras el máximo responsable de la salud de esos miles de afectados —y de la de todos los demás españoles lógicamente—, el entonces ministro de Sanidad Jesús Sancho Rof, se permitía opinar en rueda de prensa mantenida el día 22 de mayo de 1981 que «estamos ante un problema importante pero no grave; es más grave la gripe». Pues bueno. Mientras tanto miles de españoles iban enfermando y decenas de ellos muriéndose .
Según apuntó el letrado Jesús Castrillo durante el interrogatorio al Dr. Ángel Peralta Serrano, tiempo después habría coincidido este médico, en el bautizo de una niña por él tratada, con Jesús Sancho Rof y con el también ministro Núñez, quienes —siempre de acuerdo con la información que posee Jesús Castrillo— le habrían confesado que «es cierto, tenías tu razón: era un organofosforado; pero no podíamos reconocerlo».
El que al general Amherst se le ocurriera en 1763 difundir la peste entre los indios, tiene su porcentaje de lógica en el contexto de una mentalidad de conquista y de dominio. Pero, ¿realmente se habría podido llegar en 1981 a la monstruosidad de traicionar a más de 25.000 españoles a cambio de mantener un secreto?

¿QUIÉN DOMINA LA SANIDAD MUNDIAL?

Todavía hoy los máximos organismos internacionales en el ámbito sanitario no han sabido o no han querido ver claro el origen del síndrome tóxico. Ambas posibilidades son lamentables.

Pero el que aún hoy declaren con decisión y sin rubor que la culpa de lo sucedido la tuvo el aceite de colza, es algo que solamente se explica mediante la reflexión de que jamás han profundizado en el tema hasta sus últimas consecuencias —lo cual es imperdonable tratándose de instituciones en las que la población mundial deposita su confianza para aumentar su nivel de salud—, o de que han apostado, también ellos, por el silencio del pacto. Y esto ya no es imperdonable, sino que es de juzgado de guardia: ¿en quién va a poder confiar el ciudadano?

La revista Cruz Roja, órgano de Cruz Roja Española, publica en su número 877, del mes de mayo de 1987, en portada, el titular «Las víctimas de la colza», y en su interior y bajo el mismo título: «Son más de 20.000 las personas que por consumir posiblemente un aceite adulterado han visto violentamente desviado el curso de su existencia». ¿Cómo puede influirse con tanta ligereza en la opinión de 300.000 lectores, cuando en el Editorial de la misma revista se afirma por contra que «mientras tanto, no se descubre el antídoto al veneno de la enfermedad» (tampoco Cruz Roja se ha molestado en leer Tribuna Médica y conocer los resultados obtenidos por el Dr. Sánchez-Monge) «ni se encuentra la certeza científica en las causas que produjeron el síndrome, y ni siquiera se vislumbran los verdaderos culpables de aquel envenenamiento»? Nuevamente, en la página 38 del número 884, de enero de 1988, la misma revista Cruz Roja condiciona engañosamente a sus 300.000 lectores, al afirmar literalmente que el

envenenamiento producido por el aceite de Colza trata de hallar responsables por la muerte de 600 personas y por los más de 25.000 afectados que lo consumieron hace cinco años». Por cierto, que también esa fecha es errónea.

Pero si la desinformación de Cruz Roja puede tildarse de ligereza, la manipulación de la información por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituye un delito de falseamiento de los hechos. Así, en agosto de 1987 difundió el siguiente comunicado:

«DECLARACIÓN DEL COMITÉ CIENTÍFICO DIRECTIVO SOBRE EL SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO, DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, EN RELACIÓN CON LA ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO.

«ASPECTOS CLÍNICOS

"La enfermedad apareció repentinamente, entre la población española, a lo largo de 1981, y afectó principalmente a las zonas Centro y Norte de España. Rápidamente adquirió proporciones de epidemia. El abanico exacto de indicios y síntomas que presentaban los pacientes del síndrome era singular y nunca, hasta ese momento, se había descrito. Consiguientemente, no pudo deducirse causa alguna por analogía con otras enfermedades.

«La primera impresión fue la de que la enfermedad era de carácter infeccioso. La idea se rechazó cuando pruebas microbiológicas, de especial agudeza, arrojaron insistentemente resultados negativos en tal sentido. Así, aparecía la posibilidad de una etiología de carácter tóxico.

EPIDEMIOLOGÍA

«Una vez que el Dr. TABUENCA OLIVER hubo señalado la posible conexión entre la enfermedad y el consumo de un llamado "aceite de oliva", ilícito, adquirido de vendedores callejeros, se emprendieron estudios epidemiológicos de amplitud. Las averiguaciones apuntaban con fuerza hacia la presencia, en lo que se había vendido como aceite comestible, de un agente tóxico derivado de aceite de colza desnaturalizado.

«La confirmación de los resultados de este trabajo fue aportada por Sir Richard Doll , de Oxford, Inglaterra, quien también visitó España, para realizar una examen pericial de carácter independiente. Tras una revisión crítica de los datos «extrajo la conclusión de que el aceite adulterado era la causa del síndrome tóxico».

«TOXICOLOGÍA

«Las pruebas de laboratorio no han logrado, hasta ahora, producir un síndrome fiable y similar al Síndrome del Aceite Tóxico, en los animales de investigación a los que se ha suministrado el aceite. Tal resultado no es sorprendente, ya que no se ha identificado en él ningún agente tóxico concreto. Muy importante es, sin embargo, la falta de un "modelo" animal de la enfermedad humana, y, durante cinco años, las dudas que han surgido sobre la autenticidad de los llamados aceites relacionados con el caso, han impedido la identificación del ente, o de los entes químicos responsables de la enfermedad.

"Se esta elaborando un programa planificado de investigación entre las Autoridades españolas y la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Se espera obtener de su desarrollo resultados referentes a la etiología de la enfermedad, pero, a causa de las dificultades técnicas inherentes, no parece probable que se pueda contar con respuestas reveladoras en un próximo futuro.

«Especial importancia reviste, sin embargo, el hecho de que un reciente estudio tóxico-epidemiológico muestre un incremento del riesgo de desarrollo de la enfermedad, directamente proporcional a la mayor concentración de anilina y de anilinas de ácidos grasos, presente en el aceite ingerido. El procedimiento seguido en este estudio puede permitir la identificación de los aceites relacionados con el caso aptos paralos análisis y pruebas.

«HIPÓTESIS ALTERNATIVAS SOBRE LAS CAUSAS

"Por lo que se refiere a explicaciones alternativas sobre la causa de esta singular enfermedad —por ejemplo, los pesticidas— ninguna de las pruebas relevantes ha resultado, hasta el momento, en absoluto convincente. Más aun, los defensores de la existencia de algunos otros agentes tóxicos no han dado publicidad a sus des-

cubrimientos en los medios científicos disponibles, ni han hecho llegar al Comité Directivo prueba alguna, pese a las oportunidades que se les han brindado de hacerlo.

«CONCLUSIÓN

«Habida cuenta de los resultados de los estudios epidemiológicos, la opinión del Comité Científico Directivo sobre el Síndrome del Aceite Tóxico de la Organización Mundial de la Salud, es que el Síndrome del aceite tóxico fue resultado de la ingestión de un determinado aceite para cocinar que contenía aceite de semillas de colza adulterado.»

En las páginas que siguen el lector podrá descubrir la falsedad y el cinismo que se ocultan tras esta declaración del máximo organismo mundial de la Salud. Sospechosamente similares a las tendenciosas argumentaciones que en febrero de 1985 esgrimía la empresa Bayer en su boletín interno Bayer intern, en el que esta multinacional intentaba defenderse, ante los ignorantes de la situación, de los ataques a que era sometido su producto Nemacur como sospechoso de haber desencadenado la tragedia del síndrome tóxico en España. Tampoco han demostrado mayor imparcialidad determinados especialistas del Center for Desease Control (CDC), el Centro de Control de Enfermedades radicado en Atlanta, en los Estados Unidos, que también aflorarán en su momento a las páginas de este libro.

Y, naturalmente, comienzan a tambalearse los pocos resortes de confianza que uno aún tenía en los dirigentes de la comunidad humana. Uno sabía porque salta a la vista que la política, la religión, y todo cuanto supone un poder sobre las masas humanas, se mueve prioritariamente por intereses económicos, por pautas de dominio que poco tienen que ver con la satisfacción, la felicidad y el bienestar de los ciudadanos, y mucho por el contrario con la lucha de unos pocos por empuñar cada vez con mayor firmeza las riendas del control total. Pero lo que a uno le eriza los pocos pelos ingenuos que aún le quedaban, es la evidencia de que este juego del que es víctima participa incluso en la ruleta de la Sanidad internacional.

En el año 1981 se descubren dos enfermedades nuevas, desconocidas en el planeta hasta entonces, y cuyos orígenes siguen siendo oficialmente, hasta hoy, sendos misterios. Me refiero naturalmente al síndrome tóxico español y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de proporciones planetarias. En la historia de ambos síndromes se ven envueltos dos organismos de proyección mundial: la OMS (Organización Mundial de la Salud), el CDC (Center for Desease Control = Centro de Control de Enfermedades); y una multinacional de la industria química: Bayer.

En lo que respecta al SIDA, la multinacional alemana reconoció a principios de 1987 que había comercializado un fármaco coagulante que actuó como transmisor del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el virus del SIDA. Un fármaco, el coagulante factor VIII, que se obtiene a partir de un concentrado de plasma sanguíneo, ha transmitido el virus del SIDA a la mitad de los seis mil hemofílicos de la República Federal de Alemania, creando alarma en todo el mundo. Un elevado número ha contraído la enfermedad y una parte ha muerto.

En cuanto a la OMS, con sede en Ginebra (Suiza), y al CDC, con sede en Atlanta, en Georgia (Estados Unidos), extracto los siguientes párrafos de un amplio informe redactado por los servicios secretos españoles y reproducido en la publicación restringida de inteligencia Pri en mayo de 1987:

En octubre de 1986 se publicaron unas acusaciones muy concretas efectuadas de forma independiente por tres científicos. Estos coincidieron en afirmar el origen artificial del virus del SIDA en los Estados Unidos por un lado, y, por otro, el hecho accidental de su hallazgo. En resumen, sus acusaciones son las siguientes:

El profesor Jacob Segal, de la Universidad de Berlín Oriental, apunta que fue probablemente en los laboratorios militares de Fort Detrick (Maryland) donde tuvo lugar la manipulación genética. El Dr. Segal ha redactado un informe de 30 páginas sobre su convicción del origen artificial del virus, en el que afirma que el retrovirus VIH (virus del SIDA) creado en Fort Detrick, es una combinación del virus MAEDI-VISNA, oriundo de las ovejas, y el virus humano de la leucemia de células T (HTLV-I). Muy probablemente, añade el Dr. Segal, los científicos no eran conscientes de la terrible creación que habían logrado. Al Dr. Segal la teoría del mono verde le resulta divertida e increíble y la considera una cobertura ideada por los propios norteamericanos.

El Dr. John Seale, un especialista londinense sobre enfermedades venéreas, muy conocido en el tema por haber seguido la enfermedad desde el principio y haber predicho la expansión de la misma, no está de acuerdo con el Dr. Segal sobre el origen militar del virus, aunque sí afirma "Estoy mentalmente convencido que el virus del SIDA está fabricado por el hombre, y que es el resultado (de haber combinado accidentalmente, en algún centro de investigación sobre el cáncer en EE.UU., el virus MAEDI-VISNA de las ovejas y el virus de la leucemia bovina, muy parecido al HTLV humano".

El Dr. Robert Strecker, médico californiano que también ha seguido la enfermedad desde sus orígenes, opina asimismo que no existe ningún virus animal conocido que produzca todos los efectos del Sida. Este (el virus del SIDA) ha sido logrado mediante ingeniería genética a partir de otros virus. Según mi investigación, los dos virus usados para ello son el virus MAEDI-VISNA de las ovejas y el de la leucemia bovina".

Cabe tener en cuenta que en el caso del Sida, al igual que en los de otras epidemias mundiales de los últimos años, los dos organismos citados—la OMS y el CDC han tenido un papel predominante, aceptado por los restantes países. Sus informes, conclusiones, opiniones y consejos han marcado y dirigido todas las pautas a seguir.

Las autoridades de todos los países han ofrecido a los investigadores del CDC vía libre, tanto en la investigación de campo como en la investigación clínica, así como en todo tipo de recursos humanos y económicos, facilitando las muestras necesarias para que realicen sus investigaciones.

Y comenta al respecto el informe de Inteligencia:

Pese a esta facilidad que los distintos gobiernos ofrecen al CDC, no se acostumbra a exigir como contrapartida ninguna prestación. No es de extrañar, pues, que el CDC posea todo tipo de información sobre el desarrollo y extensión mundial de todo tipo de enfermedades y que la extrapolación de estos datos, a un próximo, medio y largo futuro, sea para el CDC algo factible debido a la enorme cantidad de recursos que posee.

Pero conviene señalar que el CDC es un organismo norteamericano, con presupuesto norteamericano y que, muy probablemente, servirá en primer lugar a los intereses de su país y, quizá, en alguna ocasión a los intereses de un determinado sector de su país.

Por otra parte, el tipo de información que maneja el CDC no es una información científica cualquiera, sino que se trata de información epidemiológica, es decir, datos que hablan sobre:

- *Origen de las enfermedades (infecciosas. ambientales, sociales).*
- *Extensión y progresión de la misma.*
- *Factores que inciden positiva y negativamente (sociales, económicos, productos químicos, tratamientos).*

Esta información puede llegar a ser muy estratégica por su repercusión económica (política y social).

Importantes sectores económicos o políticos pueden tener interés en que un posible factor sea enfatizado o silenciado según convenga. Cierto tipo de explicaciones sobre una epidemia pueden hacer reclamar a los ciudadanos una política sanitaria excesivamente costosa que los políticos no puedan satisfacer.

Es por ello que, dentro del mundo científico sanitario, sean los epidemiólogos y los centros de investigación epidemiológica los que suelen recibir más presiones de todo tipo.

El tratar de controlar e infiltrar estos centros puede ser un objetivo a conseguir por ciertas multinacionales v por otros centros de poder.

Por ello no se considera conveniente tomar las conclusiones del CDC y de otros centros similares, que en muchos casos son simples declaraciones, como dogmas inamovibles por las autoridades sanitarias de los distintos países. En todo caso, las declaraciones de estos centros han de ser analizadas y contrastadas con otras que ofrezcan mayores garantías de objetividad.

En 1981, y durante el primer año, el CDC mantuvo que esta enfermedad era propia de homosexuales, pese a que ya había afectado a varios drogodependientes. Incluso bautizó la enfermedad como GRID (Gay Related Inmumodeficience), afirmando que esos drogadictos probablemente tenían pautas sexuales anormales.

El hecho de no prestar atención a esos primeros drogadictos y a las hipótesis que varios médicos lanzaron sobre la posible transmisión sanguínea de la enfermedad, fue la causa principal de que no se investigase precozmente esta vía y que no se impusieran medidas preventivas hasta tres anos después sobre la sangre contaminada. Ello provocó que el SIDA se haya extendido entre los hemofílicos y transfundidos, no sólo norteamericanos sino también europeos, a través de las exportaciones masivas de plasma norteamericano a Europa, especialmente a España, que depende en un 90 por ciento del plasma extranjero.

Al cabo de dos meses, el CDC tuvo que admitir otras formas de contagio. A partir de entonces afirmó que la enfermedad se transmitía sólo entre los llamados grupos de riesgo: homosexuales, heroinómanos, hemofílicos, transfundidos y haitianos, y que la entrada del virus en la sangré era la única forma de contagio del SIDA.

Los casos cada vez más crecientes de afectados que no pertenecían a estos grupos fueron rechazados por el CDC como casos que "no habían sido cuidadosamente estudiados". Ello ha podido retrasar una vez más, el estudio sistemático de otras formas de contagio, con el consiguiente precio de una mayor expansión de la enfermedad.

Dada la influencia que ejerce el CDC en las políticas sanitarias de los países occidentales y la excesiva timidez que demuestran en la valoración de los factores que inciden en la transmisión del virus, el CDC podría contribuir

a retardar la aplicación de una precoz y eficaz prevención por parte de los distintos gobiernos. Y es de destacar que las medidas preventivas son la única arma de que se dispone, hoy día, para luchar contra el SIDA, a falta de una vacuna eficaz y de algún tipo de tratamiento curativo.

En lo que a la OMS respecta, hay que señalar que se le ha delegado un importante papel en la prevención y control del SIDA, especialmente de los países del Tercer Mundo. En este marco, la Oficina Regional de la OMS en Africa es la que lleva desde hace décadas la iniciativa sanitaria en este continente. Y cito al respecto del referido informe de inteligencia:

Sin embargo, pese a las campañas sanitarias realizadas en Africa durante años no parece que la OMS haya sido capaz de detectar, o al menos informar, de la existencia en Africa Central de una extraña epidemia, el SIDA, que desde hace unos 15 años está extendiéndose por toda el Africa Subsahariana. No fue hasta 1983, dos años después de detectar el primer caso en EE.UU., que se diagnosticaron los primeros casos en Africa. Estos casos tampoco fueron descubiertos por los servicios de la OMS, sino por un equipo de epidemiólogos belgas y franceses que viajaron a Centroáfrica para averiguar si en esta zona tropical estaba presente el SIDA. En una sola semana descubrieron 3 casos en un solo hospital del Zaire.

El no haber sabido detectar el nacimiento y expansión, durante años, de una epidemia tan grave como la del SIDA es sorprendente.

En octubre de 1985 el Dr. Sergei K. Litvinov, epidemiólogo ruso especialista en enfermedades transmisibles africanas que ostenta el cargo de secretario adjunto al director general de la OMS en Ginebra, y a cuya dirección están las principales divisiones y subdivisiones de la OMS para la vigilancia, control y supuesta prevención de todas las enfermedades transmisibles—incluido el SIDA—declaró a un semanario que «sólo: ha sido un pánico y una exageración proveniente del país originario del SIDA, es decir, EE.UU.».

El Dr. F. Assad, que dirige la Sección específica de lucha contra el SIDA en la sede central de la OMS en Ginebra. declaró a la prensa en esa misma época: «Mi reacción respecto al miedo al SIDA es que ésta es una enfermedad, y que quien no utilice "ciertas prácticas" no la va a contraer. Lo más importante es un buen sistema de información, es decir, abstenerse de ciertas prácticas sexuales y de drogas. ¡Eso es todo! Es de ese tipo de enfermedades que uno mismo va a su encuentro. Es difícil adquirirla. Se tiene que "trabajar duro" para lograrlo. Todo el mundo es libre de especular, pero la gente responsable debería controlarse a sí misma. No deberíamos tener pánico.»

Estas declaraciones realizadas por un responsable de una institución como la OMS, cuya principal función es la información directriz, la educación y prevención estratégica sanitaria, pueden considerarse como irresponsables si se tiene en cuenta que para esa fecha, octubre del 85, ya se señalaban datos como los siguientes:

- *El 20 por cien de casos de SIDA en Africa afecta a niños.*
- *Cada día nace en Nueva York un niño con SIDA.*
- *Existía en el mundo occidental al menos un 6 por ciento de casos de SIDA de los que no se conocía la posible causa de su contagio.*

Sirvan estas breves pinceladas para que el lector comprenda que las opiniones de organismos de prestigio mundial como lo son por ejemplo los citados (OMS y CDC), no responden siempre, necesariamente, a un espíritu de progreso científico transparente.

1 DE MAYO DE 1981

«Esto era el día uno de mayo, a las nueve o nueve menos cuarto de la mañana. La madre iba con el pequeño en la ambulancia y lo cogió en brazos, por eso el chico murió encima de ella. Así es que la madre cuando comprendió lo que pasaba, le dijo al de la ambulancia: "Vamos a volvernos a mi casa que el niño se ha muerto" .Pero el de la ambulancia le dijo que no, que mejor era seguir hasta La Paz por si acaso había sido un colapso o un desvanecimiento.

»El chico iba consciente cuando se montó en la ambulancia. Había pasado la noche muy molesto y nervioso, aunque el pobre no se quejaba de nada; nada más que tenía una tos así como..., si nosotros hubiéramos sabido que era una tos sin expectoración, como luego nos dijeron, pues lo habríamos ingresado directamente en Madrid, sin haberlo llevado antes al médico de urgencias de Torrejón, pero, claro, nosotros ¡qué íbamos a saber!»

Luisa Villar Liébana y Miguel A. Sánchez recogieron en su libro-informe *¿La colza... o qué?* (Editorial Popular, Madrid, 1982) este testimonio del padre Jaime Vaquero García, el niño que en esta triste mañana de un 1 de mayo se convertiría en la primera víctima mortal oficialmente documentada, de la nueva y desconocida enfermedad que se extendería vertiginosamente en la primavera de 1981 por los alrededores de Madrid y por el noroeste español preponderantemente. Pero no fue el único de la familia que enfermó:

«Sucedió que tres o cuatro días antes del uno de mayo—explica el padre—«empezó la chica, la única hembra que tenemos, a encontrarse mal. Lo que parecía que tenía era una gripe. Se encontraba mal y tenía fiebre; así es que se quedó en cama. El veintisiete o veintiocho de abril, cuatro de mis hijos se

quedaron también en la cama por lo mismo; y el treinta ya estaban todos malos menos uno que se fue al colegio. Teníamos entonces siete hijos; hoy seis al habérsenos muerto uno, precisamente el que se encontraba bien aquel día, ese fue el que se nos murió.

Se llamaba Jaime y era gemelo con otro de ocho años. Cuando volvió del colegio el día treinta a las cinco y media de la tarde, tenía fiebre y se le dio una pastilla. Aquel día, cuando volvió del colegio a comer, le trajo a la madre un regalo del día de la madre y luego, por la tarde, todo el tiempo estuvo preguntando por los payasos. Había una corrida de toros y no dieron el programa infantil; y por esto este pequeño que se nos murió, pues no hacía nada más que preguntar y preguntar por los payasos. Yo le cambié la tele varias veces de emisora, pero nada... la verdad es que se fue con aquel deseo.

»En vista de que no se le quitaba la fiebre y de que le iba en aumento, a las dos y media de la madrugada lo llevamos al médico de urgencia de Torrejón. Fue llevarlo y traerlo porque ni siquiera lo miró. A las ocho y media de la mañana, en vista de que el niño estaba mucho peor, se lo volvimos a llevar al médico de urgencia. Lo acercó la madre y uno de los chicos. Y esta vez lo que dijo fue que había que ingresarlo inmediatamente en la urgencia de La Paz.»

Hasta aquí muy resumidamente el relato de la primera muerte y de los primeros casos de enfermos afectados del síndrome tóxico oficialmente documentados, repito, puesto que hubo otros casos anteriores que solamente con posterioridad fueron atribuidos a la misma enfermedad. Fueron casos aislados que por sí solos no denotaban la existencia de una epidemia, que únicamente fue descubierta gracias a la profesionalidad del Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada cuando, siendo director en funciones del Hospital del Rey de Madrid, se percató de la acumulación de casos en una sola familia. Él mismo nos lo relata:

<Toda esta historia empieza el día 2 de mayo, sábado, cuando yo por la mañana recibo, en el Hospital del Rey, el parte de los ingresos correspondientes al día 1 de mayo, fiesta del trabajo, y debe de tenerse en cuenta que estamos en un puente, porque al día siguiente, 3 de mayo, era domingo. Al comprobar las dos hojas de este parte me encuentro con que pone: Carlos Vaquero García, 8 años; José Antonio Vaquero García, 13 años; Carmelo Vaquero García, 14 años; José Angel Vaquero García, 20 años. Y con que en todos ellos el diagnóstico dice: neumonía, neumonía, neumonía, neumonía. Al ver cuatro diagnósticos de neumonía en cuatro hermanos, dije que esto era absolutamente imposible. Me recordó el caso que tuve en la isla de La Palma de peste neumónica pero en aquel caso murieron el sepulturero, su

SERVICIO DE GUARDIA — Parte correspondiente al día 1 - mayo

INGRESOS		(NOMBRE)	(Edad)	DIAGNOSTICO	(Cama)
HOMBRES	1.	Oscar Herena Cordero	3a	Sepsis	UVI
	2.	Angel Izquierdo Izquierdo	48a	Síndrome ictérico	2º 2º
	3.	Raul Morales Arcos	4	M. [illegible]	2º 1º
	→ 4.	Carlos Vaquero García	8	Neumonía	2º 1º
	× 5.	José Antonio Vaquero García	13	"	1º 1º
	× 6.	Carmelo Vaquero García	14	"	1º 1º
MUJERES	1.	Ainoa Calvo Herrera	3 meses	Meningitis	2º 1º
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				

...AL DEL REY
...ICIO DE GUARDIA — Parte correspondiente al día

...GRESOS		(NOMBRE)	(Edad)	DIAGNOSTICO	(Cama)
...BRES	1.	José Angel Vaquero García	20	Neumonía	1º 1º
	2.	Dominico Isana Molina	6a	Meningitis	2º 1º
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
...UJERES	1.				
	2.				
	3.				
	4.				

Originales de los partes de ingreso en el Hospital del Rey de Madrid de los hermanos Vaquero, que alertaron al Dr. Muro sobre la existencia de un brote epidémico.

esposa y su hija; pero aquí estaban vivos, eran chicos jóvenes, todos ellos menores de 20 años, y entonces pedí el otro parte, el correspondiente a la filiación, lugar de residencia y procedencia y me entero que me los envía La Paz, en donde a su vez se han quedado con una niña, Inmaculada Vaquero García, de 17 años, y ha llegado en ambulancia un niño que se llama Jaime, hermano gemelo de Carlos Vaquero, también de 8 años, como él, que llegó muerto. Entonces el cuadro ya es distinto, porque en vez de cuatro hermanos, que ya parecía bastante, son seis hermanos; pero además, con uno de ellos muerto, es decir que en el diagnóstico de entrada, cuando estamos todavía en los primeros días de esta enfermedad, ya hay un fallecimiento. Entonces lo primero que hice fue comentar con la secretaria lo que iba a pasar, le dije que esto saldría en los periódicos dentro de muy poco y entonces en los servicios ya pedimos los sueros v solicitamos diagnóstico diferencial con enfermedad del legionario, "mycoplasmosis", "ornitosis", "psitacosis"; que entonces, como era sábado, enviaríamos las muestras a Biología, a Majadahonda, el lunes. A continuación —serían las nueve y media o las diez—llamé por teléfono a la Dirección Provincial de la Salud, al Dr. Herrero Ayllón, que también estaba, pese a ser sábado y puente, le dije lo que me había pasado, le dije que me habían ingresado estos cuatro y que había otros dos más y le dí mi opinión sobre lo que yo creía que tenía enfrente y que desde luego era un caso absolutamente nuevo y totalmente—para mí—desconocido.

»El domingo, día 3 de mayo, estuve alrededor de esos casos, porque era una auténtica intranquilidad ver que nos podríamos encontrar ante el inicio de algún brote peligroso. Y el lunes día 4 volví a llamar a la Dirección Provincial de la Salud, al Dr. Urbistondo, que no estaba en su despacho; llamé al Dr. Herrero y de su despacho acababa de salir Urbistondo. Le dije que como había visto por el parte de filiación de estos enfermos, que procedían de Torrejón de Ardoz, con las implicaciones que tiene Torrejón de Ardoz y sobre todo cuando nos encontramos con una enfermedad nueva y nacer, aparentemente, al menos, en Torrejón de Ardoz, que yo quería una encuesta epidemiológica en Torrejón, a ver qué nos podían decir, con respecto a estos niños, dónde vivían, qué eran, alguna forma de comprender este caso.»

A las 11 horas del lunes día 4 de mayo de 1981 se recibió además en la Unidad de Epidemiología de la Dirección de Salud de Madrid una llamada telefónica del Jefe local de Sanidad de Torrejón de Ardoz, el Dr. Juan Raúl Sanz Jiménez, manifestando que habían aparecido en varios miembros de una misma familia de esa localidad unos cuadros de enfermedad pulmonar aguda, uno de ellos seguido de fallecimiento, que habían sido ingresados en el Hospital del Rey y en la Ciudad Sanitaria La Paz.

El Director de Salud quedó informado sobre las 13,30 h., al regreso de una Junta de Gobierno que tenía en la Ciudad Sanitaria La Paz, en donde nada se le informó al respecto. Inmediatamente dispuso la puesta en marcha de una investigación al efecto, para lo cual en la misma tarde de ese día, acompañado del jefe de la Unidad de Sanidad Ambiental de la Delegación Territorial, de un epidemiólogo de la Subdirección General de Programas de Salud, el Dr. Plaza, y del Jefe local de Sanidad de Torrejón de Ardoz, el Dr. Juan Raúl Sanz, visitó al alcalde y al delegado de Saneamiento del Ayuntamiento de Torrejón, procediendo a la anotación de determinados pormenores de la barriada en que vivían los enfermos. A continuación visitaron los domicilios de los afectados, realizando interrogatorios a los familiares, una inspección de la zona, una visita a la guardería mas próxima, con entrevista a su directora y, posteriormente, se entrevistaron con el médico de guardia de tarde y noche, dándole instrucciones ante la posible aparición de nuevos casos.

El mismo día 4 la Dirección de Salud de la Delegación Territorial de Sanidad y Seguridad Social de Madrid comunica la existencia de estos seis casos al Ministerio de Sanidad.

El día 5 el Centro Ramón y Cajal aísla en un enfermo la Legionella gormanii (productora de la enfermedad del legionario). Y este mismo día ya comienzan las divergencias entre la linea de investigación oficial y la seguida y recomendada permanentemente a las autoridades sanitarias por el repetido director en funciones del Hospital del Rey de Madrid, que fuera a la par el descubridor de la existencia de la enfermedad, el Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada. Por cuanto el mismo día 5 de mayo, y mientras las autoridades sanitarias comenzaban a sospechar una posible epidemia de legionella, el Dr. Muro ya afirmaba, por exclusión de las demás posibilidades, que la enfermedad entraba en el organismo a través de la comida, o sea por vía digestiva. Así me lo explicaría su hijo Antonio:

Mi padre, al percatarse de que se Trataba de algo nuevo, pues por el cuadro clínico que presentaba la enfermedad no había nada igual descrito en ninguna parte del mundo, lo primero que pensó es en su etiología. Etiología quiere decir la causa que la produce: ¿cómo se origina la enfermedad? Pues lo que hizo mi padre—y todos nosotros: en casa éramos cinco, mi padre, mi madre, y tres hermanos, y los cinco éramos médicos; por lo que, cuando estábamos reunidos, o por ejemplo en las comidas, se hablaba de temas

médicos y naturalmente hablábamos del síndrome tóxico—fue repasar las cuatro posibilidades únicas en el mundo de producir algo. Tenía que ser necesariamente un agente orgánico (biológico), un agente físico, un agente químico, o un cuarto que vamos a llamarle desconocido: puede ser un OVNI o puede ser lo que sea. Cuando empezó a investigar, mi padre no descartaba ninguna posibilidad. Bueno, pues simplemente por decirles esto a varios periodistas, pues ya se dijo que estaba chalado y loco perdido y como un cencerro. Pero es que nosotros no decíamos que sea un OVNI ¡cuidado! Decíamos que hay cuatro posibilidades, y en ellas —al ser una enfermedad absolutamente nueva— con espíritu estrictamente científico cabían en primera instancia todas las hipótesis. Bueno, pues desde esta base empezamos a repasarlo todo. Se miraron agentes físicos capaces de producir enfermedades, sobre todo radiaciones. Y dedujimos que no podían ser radiaciones, porque una radiación, si estamos aquí todos reunidos y enfermas tu y nosotros no, pues oye: ¡qué radiación más selectiva es esa! ¿No? Y ademas el cuadro clínico que producen estas radiaciones no es el mismo. Un agente biológico también era muy raro, porque atacaba a unos y a otros no, oye: ¡también era muy rarito! Bueno, pues entonces eso es un agente químico, y entonces es la comida. No podía ser el respirar, no podía entrar en el organismo por vía respiratoria, si en una familia enfermaban unos y otros no. Tenía que ser algo que los diferenciase, que era el comer. Pues eso ya lo sabíamos desde el cinco de mayo, ya sabíamos que era la comida, por lo tanto que se adquiría la enfermedad por vía digestiva. Quiere decir esto que ya llevábamos un mes de ventaja sobre los demás. Y no es que seas más o menos listo que ellos, sino que a partir de que vas con unas miras abiertas, sin anteojeras, sino que te planteas todos las posibilidades, pues ¡coño! desde el día cinco ya sabes que es vía digestiva. Porque no hay mas narices. Y por ahí sacas todo lo demás... Por eso te decían que estabas chalado, porque todo el mundo decía que era un bichito y que venía por vía respiratoria pulmonar: una chorrada simplemente. La primera imagen era pulmonar, pues ¡hala!: lo sacaron y ya está. Por eso empezó; y por eso como ya metieron cuatro veces la pata, cuando vieron luego que el aceite no era, ¿quién es el que saca por quinta vez la pata? ¿Qué ministro es el que sale dando la cara? Y no sólo el ministro sino su presidente del Gobierno. Entonces, ¿qué pasa?: pues la ley del silencio, y arrea como puedas.»

El Director de Salud de la Delegación Territorial de Sanidad y Seguridad Social de Madrid era en aquel momento el Dr. Antonio Urbistondo Agrasot, y bien es cierto que tanto él como el jefe local de Sanidad de Torrejón,

el Dr. Juan Raúl Sanz, han estado desde el primer momento colaborando con el Dr. Muro, puesto que sus argumentaciones les parecieron acertadas. Pero la Administración hizo oídos sordos no ya al descubridor de la epidemia y director en funciones del Hospital del Rey, sino incluso al propio Director de Salud de Madrid.

¿ACEITE O TOMATE?

De esta guisa se perfilarían ya desde el mismo día 5 de mayo—a los 5 días de detectada la enfermedad—dos opiniones claramente contrapuestas con respecto a la forma de enfocar el problema.
La línea de investigación propugnada por la Administración desembocaría por ende en la suposición de que la nueva enfermedad fue producida por la ingestión de determinada partida de aceite de colza desnaturalizado, importado de Francia y sometido a un proceso de renaturalización (extracción o separación del producto colorante) en España, mientras que la investigación emprendida por el Dr. Muro y su equipo desembocaría en la suposición de que la enfermedad fue producida por el consumo de una partida de tomates tratados con un compuesto de insecticidas organotiofosforados, cultivados en Roquetas de Mar, en Almería.
Pero echemos un fugaz vistazo a la rápida propagación de la epidemia inmediatamente después de que el Subdirector General de Salud Pública, Luís Cañada, declarara a Diario 16 que «la población no corre peligro», y a las medidas de urgencia adoptadas en los primeros días por la Administración, antes de continuar con la exposición de las crecientes divergencias entre la actuación oficial y la investigación del Dr. Muro.
Después de aislada la legionella gormanii, como ya mencioné, en el Centro Ramón y Cajal, el 6 de mayo se crean por la Secretaría de Estado para la Sanidad los grupos de Trabajo microbiológico, clínico y epidemiológico. El 9 de mayo se constituyó la Comisión Clínica que cita a los directores de los hospitales de Madrid para informarles de la existencia de un brote epidémico del que podría ser responsable la legionella o enfermedad del legionario. En esa reunión se revisaron 23 casos existentes hasta esa fecha, la mayoría de

ellos adultos. La comisión etiqueta a la enfermedad como «neumonía atípica», tal vez producida por un mycoplasma. Posteriormente, la comisión señaló los hospitales a los que debían de dirigirse los enfermos. El mismo día se constituyeron distintos grupos de trabajo y se estableció una secretaría permanente de información durante las 24 horas del día. Para el día 11 de mayo ya se estaban censando diariamente de 150 a 200 casos nuevos, no solamente en la provincia de Madrid, sino también en las provincias de Avila y Segovia, y en fechas posteriores también en Valladolid, Palencia, Salamanca, León, Burgos, Soria, Zamora, Toledo y Santander. El número de nuevos casos crecía ya vertiginosamente y el 6 de junio hay 2.000 hospitalizados en Madrid y 600 en provincias. El número de urgencias en los hospitales se había triplicado y el número de ingresos por día—solamente en Madrid, sin contar los de Otras provincias—era de 341. La epidemia ya no se detendría hasta cobrarse más de 25.000 víctimas, de las cuales murieron más de 600.

UNA ENFERMEDAD ÚNICA

En lo que sí están todos de acuerdo, ya sean los defensores de la hipótesis oficial como los disidentes de la misma, ya sean españoles o extranjeros, americanos del CDC o europeos de la OMS, es en el hecho de que se trata de una enfermedad única en el mundo, de nueva aparición y absolutamente desconocida con anterioridad. Es importante tenerlo en cuenta al considerar el síndrome tóxico como efecto trágico en el marco de un ensayo de una nueva combinación de productos, aplicable, en caso satisfactorio, a la guerra química. Como muy delicadamente lo insinuó el presidente de la Federación Provincial de Asociaciones de Consumidores y Afectados por el Síndrome Tóxico. de Madrid, Pedro César Sanz Orozco, en un informe que con fecha 20 de junio de 1984 remitió a los componentes del grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud reunidos en aquel mes y año en el Ministerio de Sanidad y Consumo en Madrid:

«Es un hecho que la sintomatología presentada por las víctimas no corresponde a ninguna enfermedad conocida, aunque esto no deba de significar que no esté producida por un agente tóxico conocido. ya que bien pudiera darse el caso de que lo que no sea conocido sean sus efectos en el ser humano o sus diferentes efectos en función de la vía de contaminación: contacto, respiratoria, digestiva, etc.»

La aludida OMS, por su parte, y en las conclusiones a que llegó un año antes tras su reunión también en Madrid en marzo de 1983, señalaba que «el SAT (Síndrome del Aceite Tóxico, denominación y siglas que por sí solas ya hablan del prejuicio y por tanto escaso espíritu científico que animaba a los investigadores oficiales que debían buscar el origen del síndrome) tiene una fase aguda y una fase crónica que presentan rasgos seme-

jantes a los de entidades morbosas bien conocidas, pero la combinación del cuadro clínico y los hallazgos anatomopatológicos es singular y sugiere que este síndrome es nuevo».

Esta tímida sugerencia se trocaría al año siguiente en firme convicción cuando, reunidos el Comité Científico del Síndrome Tóxico en Madrid por la Oficina Regional para Europa de la OMS, en el anteriormente citado mes de junio de 1984 afirma que el síndrome constituye un cuadro único y distinto a cualquier enfermedad conocida desde el punto de vista anatomopatológico clínico y epidemiológico.

En cuanto a la última declaración del Comité Científico Directivo de la OMS sobre el Síndrome del Aceite Tóxico emitida en agosto de 1987 (denominación de «Aceite Tóxico» que denota hasta qué grado esta organización de alcance mundial está influyendo tendenciosamente en la opinión pública al dar por sentada a éstas alturas cuando va no se aguanta por ningún cabo la culpabilidad del aceite de colza), concluye que «el abanico exacto de indicios y síntomas que presentaban los pacientes del síndrome era singular y nunca, hasta ese momento, se había descrito. Consiguientemente no pudo deducirse causa alguna por analogía con otras enfermedades».

El Dr. Antonio Muro venía diciendo esto desde los primeros días, y lo ratificaría el 24 de noviembre de 1981 en reunión celebrada en el Ministerio de Sanidad, en la que afirmó taxativamente que «una enfermedad nueva se ha enfrentado al hombre por primera vez».

Enfermedad irreversible («una de las personas que se encuentra con el grupo de trabajo de la OMS nos dijo que nuestra enfermedad no tiene solución y que tenemos que acostumbrarnos a ella», afirmaría en 1984 el presidente de la federación de afectados FACSINTO) que los investigadores oficiales se permitían en principio calificar de «benigna» (!). Así lo recoge el Dr. Muro en la recién mencionada reunión: «Por la Tarde del lunes día 11 de mayo de 1984, se celebraba una sesión en la que yo tenía muchísimo interés, porque era la anatomopatológica en la que había seis necropsias ya; por entonces se dijo que era una enfermedad benigna, y yo dije que para mí, que toda mi vida había sido sanitario, una enfermedad que producía morbilidad y nueva, pero que además, nada más empezar ya tenía seis víctimas mortales, para mí, esa enfermedad era suficientemente preocupante y suficientemente grave como para dedicarme ya sólo a ella.»

El único que opinaba que no se trataba de una enfermedad nueva, fue el Dr. Angel Peralta Serrano jefe del departamento de Endocrinología del Hospital infantil de la Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid, y designado perito para

el juicio sobre el síndrome tóxico, que ya el 12 de mayo de 1981 escribió que se trataba de una intoxicación por organofosforado. En su informe previo sobre el síndrome tóxico (que reproduzco íntegro en el Anexo 5) lanza una grave acusación de negligencia contra la Administración de Sanidad al afirmar que «existe información toxicológica clínica, en países donde el fenómeno descrito se ha reproducido en cierto modo. El mito del "síndrome nuevo". "enfermedad misteriosa" o "enfermedad sin causa", no es de recibo». Sin embargo, acepta que se pueden dar variantes que originan una enfermedad nueva: «Sentada la autonomía del insecticida en su múltiple acción deletérea, que le otorga capacidad suficiente para configurar una enfermedad propia nueva y particular, debe aceptarse, empero, que la molécula fosfórica afectará al hígado y otros órganos (especialmente hígado, donde se cataboliza el veneno)».

Y más adelante insiste en la negligencia de las autoridades sanitarias en la primavera de 1981:

«En el síndrome tóxico había un conjunto de síntomas extremadamente semejantes a la intoxicación por organofosforados. Parece que algún clínico de un hospital militar trató a sus pacientes con síndrome tóxico como intoxicados por organofosforados y se produjo la mejoría por curación total simplemente administrando antídotos para combatir el síndrome parasimpaticomimético que producía la inhibición de la colinesterasa. Pero si se empieza por pensar que se trata de una «neumonía típica» y no se sospecha el verdadero cuadro clínico..., tampoco se hacen las determinaciones de colinesterasa ni se trata con antídotos específicos, atropina y PAM. Una prueba concluyente se obtiene de la lectura del libro sobre el Simposium del Síndrome Tóxico: ahí no se ve una determinación de colinesterasa ni de ésteres fosfóricos en los cuadros detallados que exponen sus autores »

Y, mas adelante: «Las encuestas epidemiológica no tendrán nunca el valor de una buena serie de observaciones clínicas, establecida una correlación clínica con síntomas característicos de una intoxicación como es la de organofosforados. Esta correlación, al ser diagnosticada precozmente induce al tratamiento precoz y, por lo tanto, se evitan las evoluciones posteriores—tan penosas—de la fase 2.ª y 3.ª, para el síndrome tóxico, así como los fallecimientos precoces de la 1ª. aguda»

Finalmente el Dr. Peralta Serrano concluye:

«1.º En plena Era Espacial, el hombre explora el Universo; Sin embargo un cuadro clínico recortadísimo, patológico de intoxicación por organofosforados, no se identifica.

»2.° En Medicina Clínica, los hechos de práctica frecuente están perfectamente catalogados. El argentino Emilio Astolfi lo dice: se tiende casi siempre a catalogar estos cuadros clínicos como "una enfermedad nueva", de ahí el gran peligro del diagnóstico tardío.

»3.° No hay ningún cuadro clínico que sea superponible al de la intoxicación por organofosforados. Salvo el uso de medicamentos anticolinesterasa. »

Llamo la atención del lector sobre esta 3ª conclusión, en la que el Dr. Peralta nos está diciendo que prácticamente no había confusión posible en el diagnóstico que los responsables de Sanidad no supieron ver en su momento, propiciando con ello la ausencia de asistencia adecuada a los afectados.

La negligencia es especialmente grave cuando se considera que el jefe del departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria La Paz publicó, a los 11 días de conocido el primer caso, su opinión de que se trataba de una intoxicación por organofosforados, opinión que fue leída y contestada al día siguiente—sin mencionar para nada la flecha que apuntaba hacia los organofosforados—por el entonces secretario de Estado para la Sanidad Luis Sánchez-Harguindey Pimentel. Pero continuó con las conclusiones a que llega el Dr. Peralta en su informe previo:

«4.° El diagnóstico precoz y el tratamiento precoz evita muertes y el paso a las etapas 2.ª y 3.ª, penosísimas.

»5.° El hecho de haber transcurrido el período inicial bajo la etiqueta de neumonía atípica fue una pérdida de tiempo irreparable; era la época clave para evitar muertes y complicaciones.

»6.° Del estudio del libro del Simposium sobre el Síndrome Tóxico se deduce primero: que la clínica era superponible a la de intoxicación por organofosforados; segundo: que no se sospechó tal diagnóstico, como puede deducirse de los estudios diagnósticos aportados por los ponentes.

»7.° Según comunicaciones personales, expertos en organofosforados no tienen la menor duda del origen del Síndrome Tóxico relacionado con alguna molécula de organofosforados.»

Quienes hayan puesto en marcha por otra parte el experimento que desembocó en el síndrome tóxico, dispondrán de un completo informe de los efectos logrados en el sector de población afectado, accediendo simplemente a los datos recogidos por la OMS, siempre y cuando las directrices dictadas por esta organización se cumplan con rigor .

Estas directrices quedaron fijadas en la reunión del Comité Científico del Síndrome Tóxico, celebrada como ya se dijo en Madrid en junio de 1984, por la Oficina Regional para Europa de la OMS. Y como ya apunté también, la identidad del auténtico agente causante de la tragedia queda tapada sin rubor por la Organización Mundial de la Salud bajo la máscara oficial del aceite de colza: cuando nadie ha sido capaz de demostrar la culpabilidad de este aceite —y mas adelante veremos la imposibilidad de su implicación en este drama—la OMS influye reiterativamente en la opinión del laico hablando en sus comunicaciones con tanta ligereza como contundencia del SAT (Síndrome del Aceite Tóxico). Veamos las directrices:

—Los anatomopatólogos que llevan a cabo estudios post mortem de personas con antecedentes de síndrome por aceite tóxico, pueden apoyar la determinación de la causa de la muerte en los criterios de diagnóstico y en la manera en que las alteraciones de esta enfermedad pueden abocar a la muerte.

—Habrá que evaluar la frecuencia y rasgos clínicos de trastornos congénitos en hijos de padres con SAT.

—Se realizará un seguimiento clínico en todos los pacientes, en unidades multidisciplinares con coordinación central. Dicho seguimiento debe ser llevado a cabo por médicos expertos en el SAT, habrá que normalizar los exámenes clínicos, así como los registros médicos, de forma que puedan llevarse a cabo estudios científicos futuros.

—Conviene establecer un plan de seguimiento a largo plazo que incluya:

- Todos los pacientes con afecciones progresivas o persistentes.
- Hijos de padres afectados, o expuestos pero no afectados.
- Pacientes con recuperación aparentemente completa.
- Individuos expuestos pero no afectados.

—Hay que establecer un sistema permanente de recogida de certificados de defunción de todos los pacientes afectados por el SAT, con el fin de estudiar los patrones de mortalidad en estos pacientes. Se asegurará la colaboración con las autoridades nacionales responsables de la recogida y proceso de los datos de mortalidad.

—Habrá que establecer una colaboración en los aspectos básicos y clínicos, con centros fuera de España.

—Será necesario establecer mas directrices para la investigación médica sobre la lesión endotelial, estudios inmunológicos, de toxicidad y de HLA.

En los pacientes con la forma crónica del SAT, habrá que realizar estudios sobre los mecanismos de inmunidad celular y su interacción con otras células (como los fibroblastos).

—Deberá someterse a necropsia a toda persona afectada por el SAT que fallezca, obteniéndose todos los tejidos de interés para su posterior examen por expertos en la enfermedad.

Los síntomas

El rápido incremento de pacientes obligó a una definición de caso. Se imponía poder detectar qué enfermo nuevo padecía realmente el síndrome tóxico, y qué paciente sufría otro tipo de dolencia en apariencia similar, pero no identificable con el síndrome en sí.

Las autoridades sanitarias dictaron consecuentemente las siguientes pautas al respecto:

«La elaboración de un censo de pacientes con síndrome tóxico requiere previamente de una definición de caso.

»La presencia en un paciente, durante el curso evolutivo de la enfermedad, de dos criterios mayores o de uno mayor y cuatro menores determinará su consideración como caso siempre que no existiera evidencia de otra etiología causante de su cuadro clínico.

»A) Criterios mayores:

1. Antecedentes de consumo de aceite presuntamente tóxico y/o incidencia de la enfermedad en el núcleo de convivencia familiar.

2. Patología pulmonar con radiología de infiltración intersticial o alvéolo intersticial difusa, con o sin derrama pleural.

3. Mialgias (dolores musculares) severas con incidencia funcional.

4. Eosinofilia (aumento de los eosinófilos, que son un tipo de glóbulos blancos) superior a 500 células por mm^3.

»B) Criterios menores:

1. Incidencia del brote epidémico en la comunidad.

2. Prurito (picor) cutáneo severo.

3 Exantema (erupción) y/o edema (inflamación) cutáneo localizado o difuso.

4. Infiltración dérmica localizada o difusa.

5. Sequedad de boca/ojos severa y persistente.
6. Disnea (fatiga respiratoria) de esfuerzo de aparición reciente.
7. Hipoxemia (disminución del oxígeno en la sangre) de aparición reciente.
8. Hipertensión pulmonar.
9. Mialgias (dolores musculares) ligeras moderadas.
10. Patología necrológica.
11. Dolor abdominal.
12. Signos cínicos y/o analíticos de afección hepática.
13. Microcardiopatía.
14. Trombosis vasculares.»

Ya solamente con estos criterios de determinación de la enfermedad, se está influyendo en la mentalidad del médico y del propio paciente en el sentido de que la dolencia aparecida fue causada por el consumo de aceite tóxico. Salta a la vista que el primer criterio mayor así lo determina, cuando —insisto una vez más— esta suposición no se aguanta por ningún razonamiento, ni toxicológico ni epidemiológico, como tendremos ocasión de comprobar. El paciente tenía que haber tomado aceite presuntamente tóxico, si quería ser admitido en el censo de afectados por el síndrome tóxico: «¡Cuántas reuniones hemos tenido con Tabuenca en el Hospital Provincial aquí en Madrid, delante de los afectados, y nunca jamás quisieron saber nada (los responsables de la Administración) que no fuera el aceite! O sea, que cuando ves que como médico te dicen a mediados de junio, que un síntoma para diagnosticar aquellas personas que sean de esta guerra —es decir del síndrome tóxico— es el que hayan consumido el aceite tóxico, y que si no, no lo son, te echas a reír, claro. Bueno, pues así serían anécdotas, anécdotas y anécdotas a lo largo de esos primeros cuatro años...», se lamentaría el entonces jefe de Sanidad de Torrejón.
Y el Dr. Javier Martínez, epidemiólogo, se lamentaba de lo mismo en su área de investigación: «En plena psicosis contra el aceite, cuando todos los medios de comunicación machacaban a la opinión pública afirmando que había sido el aceite el causante de la intoxicación, en esos momentos les pones el micrófono a la gente y ¡claro! tienen aceite. Y entonces ocurre una cosa muy curiosa, y es que los que están afectados dicen que han tomado el aceite, entre otras razones porque si no has tomado el aceite, no eres afectado; y esto, aunque parezca broma y chiste, es cierto. Efectivamente, el que decía que no había tomado el aceite, no entraba en el censo; pero esto no es chiste. Pero hay cantidad de afectados del síndrome tóxico que afirman no haber consumido

jamas el aceite presuntamente tóxico. No hay nada más que ver por ejemplo el caso de la mujer del abogado José Merino Ruiz, que hasta el momento de su muerte insistió en que no había tomado este tipo de aceite. Y que constituye además uno de los pocos casos así de clase alta que enfermaron.»
Otros casos de afectados habidos entre representantes de la clase alta —contrariamente a la opinión generalizada de que el síndrome tóxico cundió únicamente entre la clase media-baja— pueden hallarse por ejemplo en familiares muy cercanos al anterior fiscal general del Estado, Luis Antonio Burón Barba; al abogado Emiliano Suena; al arquitecto Rafael de la Joya; al escritor Emilio Romero; al Dr. Antonio Corralero, etc.
El Dr. Antonio Muro Aceña acabaría de redondear el panorama de la manipulación oficial en lo referente a la necesaria culpabilidad impuesta del aceite: «Cuidado que a todos los afectados, cuando empezaron a venir las indemnizaciones y los pagos del Estado, les dijeron que el que no haya tomado aceite de colza, no cobraba. Pues claro, todo el mundo dice que tomó aceite». Naturalmente se refiere a todos aquellos que, no habiendo ingerido el dichoso aceite, padecían sin embargo el síndrome tóxico. No es difícil imaginarse la celtibérica reacción, con tal de cobrar y de que te curaran gratis: ya lo mismo daba que fuera el aceite o el obispo, como razonara el Dr. Montoro. ¡No aparecería aceite de colza ni nada cuando se dio luz verde a la operación canje!: la gente sacaba aceite sospechoso hasta del cárter del automóvil, si prestamos oídos a la voz del pueblo; no suelen florecer con exceso en la vida las ocasiones en que tu Gobierno te regala aceite de primera calidad a cambio de cualquier otro aceite que le echaras. Un pingüe negocio, por lo demás, que sacó del bache al sector aceitero-olivarero mientras dibujaba sonrisas de satisfacción en los labios de algún que otro político con intereses en el mismo. Total, el canje lo pagaba el Estado, o, lo que es lo mismo, todos nosotros.
Pero regresemos a la enfermedad en sí. Estos son los síntomas, el cuadro clínico que presentan los afectados por el síndrome tóxico:

A) En la FASE AGUDA (primeras dos semanas):
1. Fiebre durante la primera semana, de 38 a 39 grados, y resistente a los antitérmicos.
2. Cefalea (dolor de cabeza) durante la primera y segunda semana.
3. Prurito (picor) intenso. Durante las primeras semanas puede ser el primer y único síntoma, preferentemente en cuero cabelludo. Se mantiene durante meses en palmas y plantas.
4. Exantema (erupción) variable en cuanto a forma, tamaño, color y localización.

5. Astenia (cansancio) intensa, creciente, invalidante, que se acompaña de mialgias (dolores musculares) y artralgias (dolor de articulaciones) crecientes.
6. Edema pulmonar (ensanchamiento de los pulmones) no cardiogénico con:
—Radiografía de tórax anormal (que puede existir sin síntomas clínicos)
—Distress (falta de oxigenación pulmonar) respiratorio con disnea (fatiga respiratoria) y cianosis (tinte azulado de la piel).
—Auscultación pulmonar anormal que puede persistir durante 2 y 3 meses.
7. Insomnio con una duración promedio de medio mes a seis meses con insomnio casi total.
8. Anorexia (falta de apetito) pertinaz.
En la segunda semana.pueden aparecer (en un tercio de los enfermos):
1. Síntoma gastrointestinales inespecíficos tipo: Dolor abdominal.
—Náuseas.
—Vómitos. Diarreas.
2. Hepatomegalia (aumento del tamaño del hígado).
3. Esplenomegalia (aumento del tamaño del bazo) y Adenopatias (inflamación de los ganglios linfáticos) generalizadas.
4. Odinofagia (dolor de garganta) con Disfagia (dolor al tragar).
5. Síndrome seco (boca seca y conjuntivitis).
6 . Temblor y fasciculaciones (Contracciones musculares involuntarias).
7. Edemas maleolares (hinchazón de los tobillos).
8. Leucocitos con el inicio de una Eosinofilia (aumento de los leucocitos eosinófilos) creciente.
B) En la FASE INTERMEDIA (tercera y cuarta semana):
Remisión de los síntomas iniciales de Distress respiratorio, de Exantemas y de Prurito.
Se alcanzan cifras máximas de:
Leucocitos: el 72% de los pacientes tienen cifras de más de 2.000.
Eosinofilia: el 78 % de los pacientes tienen cifras de más de 500.
C) En la FASE DE ESTADO (segundo al octavo mes):
1. Alteraciones Neuromusculares presentes en el 80% de los enfermos, que alcanzan su punto álgido entre el cuarto y el sexto mes. Un 20% presenta un cuadro severo. Un 40% mas moderado. Las afectaciones son más frecuentes y graves en las mujeres.
Estas alteraciones son de tipo:
—Trastornos de la sensibilidad. Varía desde la anestesia hasta la hipersensibilidad.
—Trastornos motores. Varía desde la parálisis flácida hasta la contractura.

Se aprecia en algunos casos trismus (encajamiento de la mandíbula) y disfagia importante.
—Trastornos musculares. Mialgias (muy severas, con dolor al movimiento y extrema debilidad), atrofias musculares y deformaciones de las extremidades superiores.
—Movimientos involuntarios: calambres, «signo del oso» (movimiento oscilatorio en posición bípeda), y «signo de la inercia» (incapacidad de parar el movimiento emprendido).
2. Pérdida de peso (de 8 a 30 kg en los dos primeros meses).
3. Insomnio (normalmente durante 1-2 meses, aunque puede persistir hasta el sexto mes).
4. Alteraciones de la Cronobiología (comer de noche y dormir de día) .
5. Trastornos sexuales:
—impotencia masculina (1-2 meses).
—Amenorrea y frigidez en la mujer (4-6 meses).
6. Nerviosismo y cambio de carácter.
7. Síndrome seco: Asialia (falta de salivación, boca seca) (se pueden observar las huellas dentarias marcadas en la boca), y Xeroftalmía (manchas amarillentas en la esclerótica).
8. Alteraciones en faneras:
Alteraciones ungueales, principalmente del pie, y noveno mes (con coloración rojiza que crece hacia el borde libre de las uñas, y con hiperqueratosis —formación de bultos— en «concha de caracol»).
9. Alteraciones osteoarticulares: con aumento de las artralgias, aparición de osteoporosis (falta de calcio) crecimiento de huesos largos y pies (incluso en personas mayores de 40 años) y depósitos en cartílagos de conjunción de los huesos largos, caries dental importantes con pérdida de piezas dentarias.
10. Disminución de la visión.
11. Hipertensión pulmonar con disnea de esfuerzo.
12. Persistencia de la anorexia.
13. Trastornos vasculares tipo:
—Trombosis, especialmente en el trayecto de la mesentérica y central de la retina. La trombosis mesentérica (coágulos en las arterias mesentéricas) fue la causa del fallecimiento de varios enfermos durante esa época.
—Trastornos de circulación de retorno venoso: varices en extremidades inferiores, edemas maleolares y hemorroides.
Fenómeno de Raynaud (manos de lavandera).
14. Parámetros bioquímicos alterados:

Bilirrubina total >1.3 (máximo al tercer mes).
—Fosfatas alcalinas aumentadas.
—Aldolasas >10.0 (a partir del tercer mes).
D) en la FASE CRÓNICA: A partir del noveno mes (enero de 1982) comienza la fase crónica de la enfermedad. Al cabo de tres meses (aproximadamente al año del inicio de la enfermedad, mayo de 1982), los síntomas y signos que presentan los enfermos son más homogéneos. Se caracteriza esta fase crónica por la remisión de los síntomas y signos característicos de la fase de estado y la aparición de nueva sintomatología.
En resumen, se observa:
1. Recuperaciones progresivas:
a) De peso (o al menos de detención de la caída ponderal).
b) De alteraciones de faneras.
c) De trastornos sexuales
d) Del síndrome neuromuscular (posibilitada por la rehabilitación intensiva) con mejora de las parálisis y las contracturas musculares (desaparece el trismus. la lengua amplía sus movimientos y aumenta la funcionalidad en general).
2. Aumento de alteraciones de tipo:
a) Persistencia de atrofias (la sintomatología sensitiva predomina sobre la motora).
b) Aumento de movimientos involuntarios (mioclonia, intensificación de los calambres musculares).
c) Patología cutánea característica tipo:
Melanodermia (piel oscura) con hiperqueratosis.
—Síndrome esclerodermiforme (con relieve; a los 4 años parece remitir) .
—Textura epidérmica alterada (piel gutata—brillante—, manchas seniles, piel basta, incluso en menores de 20 años).
«Manos de lavandera».
—Edemas en extremidades inferiores (piernas en «bola de billar»).
d) Aumento de hepatopatías (más graves en varones) con:
—Aumento síndrome colostático (retraso de la eliminación de bilis, ictericia, aumento bilirrubina, aumento transaminasas).
—Aumento síndrome citolítico (rotura de células, aumento transaminasas).
e) Aumento patológico osteoarticular, con inflamación articular (con limitación funcional articular), osteoporosis intensas de hueso largo (con necrosis de cabeza de fémur); y con radiografías óseas anormales.
f) Aumento hipertensión pulmonar (se observa aumento cavidades cardíacas derechas y una tendencia a la fibrosis pulmonar—cicatrices en el pulmón—).
g) Aumento de trastornos vasculares:

—Tromboflebitis en miembros inferiores.
—Fenómenos de Raynaud (manos de lavandera).
—Claudicación intermitente.
Livedo-reticulares.
h) Aumento síndrome seco (con asialia), sequedad ocular presente hasta en un 60% de los enfermos).
i) Patología dentaria importante.
j) Disminución visión (progresivamente presente en los enfermos).
k) Disminución audición.
l) Disminución capacidades intelectuales (pérdida de memoria y dificultad de concentración importante).
m) Aumento síntomas psico-psiquiátricos:
—insomnio.
—Anorexia.
—Cefalea.
—Síntomas depresivos.
n) Aumento incidencia de neoplasias (cánceres) y aumento de la actividad reparadora del DNA (mecanismo SOS).

Este es el triste cuadro que produce en el organismo humano la nueva enfermedad del síndrome tóxico, aquella por la cual «la población no corría peligro», como dijera en su día el Subdirector General de Salud Pública, y que en principio fuera saludada por una parte de la comunidad científica como enfermedad «benigna», al tiempo que el ministro de Sanidad Jesús Sancho Rof afirmaba que «más grave era la gripe».
El cuadro clínico que acabo de reproducir, «producto de una intoxicación—como escribe el procurador José Manuel Dorremochea Aramburu en sus conclusiones presentadas a la Sala—no directa de los principios activos de los pesticidas Nemacur y Oftanol, sino por los residuos o metabolitos originados en las plantas en las que se utilizaron aquellos, con su posible acción sinérgica, es el cuadro propio de una intoxicación por organofosforados con las alteraciones y variantes derivadas de su metabolización, en las que aparecen los signos y síntomas descritos en la literatura científica como propios de la intoxicación de organofosforados en general».
Mientras que el antiguo subdirector general de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica, Fernando Montoro, me confesaría que «precisamente cuando yo me creía que la causa había sido el aceite, conocí a Muro, y yo le hice la bibliografía de esto, de los productos que podían haber causado estos

efectos en los afectados, y resultó que, por exclusión de todos los demás, no quedaban más que dos productos: el Fenamiphos (que es el Nemacur), que se queda solo después por exclusión también del otro, por falta de toxicidad. Yo no quiero decir que lo sea o no, pero, por exclusión, ya digo, según los efectos que había producido en los afectados, y la toxicidad del producto, en la bibliografía existente solo aparecía el Fenamiphos».

Para finalizar este capítulo sobre la sintomatología que presentan los pacientes del síndrome tóxico, quiero mencionar el testimonio de un afectado al que entrevisté en presencia del Dr. Corralero en la sala de descanso anexa a la sala del Juicio en la Casa de Campo de Madrid. El afectado es Juan Fernández Vega, de Fabero, en León, y este es el resumen de su narración:

«Ingresé por vez primera el 5 de junio de 1981 con granos y cansancio. Luego reingresé en julio, ya después de que hubieran retirado el aceite sospechoso, esta vez con picores insistentes, cansancio y nuevamente granos. Más adelante ya vinieron los calambres, muchos calambres, y a los tres meses aproximadamente de los primeros síntomas, comenzó una sensación de quemazón, muchos pinchazos, en las extremidades, y permanentemente una sensación de hormigueo, no podía tocar las cosas..., como una falta de sensibilidad al tacto. Y luego de ahí pasé a quedarme paralítico.»

Esta descripción de la sintomatología sufrida por el vecino de Fabero, se identifica con la descripción de la sintomatología de un intoxicado por ingestión de insecticidas organofosforados. Así está documentado por ejemplo en el informe técnico interno del Programa internacional sobre la Seguridad de las Sustancias Químicas Environmental Health Criteria for Organophosphorus Insecticides: A General Introduction (Criterios de Salud Ambiental para Insecticidas Organofosfosforados: Introducción General), publicado conjuntamente por el Programa del Medio Ambiente de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud. Podemos leer allí que ocasionalmente se han podido detectar neuropatías retardadas, después de producirse en el hombre intoxicaciones causadas por determinados ésteres organofosforados. El lapso de tiempo transcurrido entre el momento de la intoxicación y la aparición de la neuropatía retardada, queda establecido en los casos moderados en unas 3-4 semanas. Y, literalmente: «Los primeros síntomas son a menudo sensitivos, con sensaciones de hormigueo y de quemazón en los extremos de los miembros, y luego debilidad en las piernas y trastornos de los movimientos (ataxia). Esto progresa hacia una parálisis, que en casos graves afecta igualmente a las extremidades superiores».

Ataca al sistema nervioso

Como acabamos de ver, tanto el síndrome tóxico español de 1981, como las intoxicaciones por organofosforados, tienen en común el desarrollo de lesiones en el sistema nervioso, y más concretamente la manifestación de una neuropatía retardada. Vamos a insistir un poco en ello para familiarizar al lector con este aspecto del problema.

Antes un breve inciso para señalar que el Dr. Emilio Astolfi, de la universidad del Salvador, de Buenos Aires, escribe en el tratado Pediatría práctica, capítulo «Intoxicaciones», refiriéndose a los órgano fosforados: «Estos potentes venenos, inhibidores enzimáticos, nacieron para la aplicación pacífica como resultado de algunos estudios sobre gases tóxicos realizados durante la última guerra mundial». Y, más adelante: «El tóxico con el que se tratan los alimentos (tomates por ejemplo) requiere un cierto tiempo para que el vegetal lo metabolice y destruya; si ese lapso no ha transcurrido y se recoge el fruto antes del momento oportuno, llegará al consumidor con veneno suficiente...».

En una reunión celebrada en el Ministerio de Sanidad el 24 de noviembre de 1981, el Dr. José Estellés Salarich, médico de Sanidad Nacional jubilado, manifestó lo siguiente, al referirse a los efectos clínicos del síndrome tóxico: «Estamos en una época posterior a la guerra del Vietnam, y en Vietnam se utilizaron muchos líquidos con finalidades muy diversas, todas catastróficas; en fin, que estas verduras, estas frutas, han sido tratadas con el mismo agente todas ellas. Luego estamos llegando a unas conclusiones que por ahora no nos puedes anticipar—se estaba dirigiendo al Dr. Muro, en presencia de los doctores Gerardo Clavero González, del cuerpo de Sanidad Nacional; Isidro Burón Lobo, director provincial de la Salud de

Palencia; José Luis Useros Fernández, inspector de la Salud de Valladolid; Jorge Mario Sánchez González, director provincial de la Salud de León; Antonio Urbistondo Agrasot, director provincial de la Salud, en funciones, de Madrid; Román Herrero Ayllón, jefe de la inspección de Sanidad y Salud de la Delegación Territorial de Madrid; Luis Cañada Royo, subdirector general de Programas de Salud; José Luis Germán Miguel, delegado provincial de la Salud de Avila ; Patxi Catalán, médico de Sanidad Nacional; Justiniano Pérez Pardo, médico de Sanidad Nacional jubilado; Juan Raúl Sanz Jiménez, médico titular de Alcorcón; Vicente Granero More, médico; Antonio Muro Aceña, médico; y Alberto Muro Aceña, médico—y naturalmente por un agente que por vía no oftálmica, pero sí hipotalámica, llega a la hipófisis, y lo que llega a la hipófisis llega a todo el sistema endocrino (...) y que la agresión más importante es vascular, y que la vascular es la que lleva a los edemas, a los signos neurológicos y a todas estas alteraciones neuromusculares sobre todo». El Dr. Estellés y el Dr. Muro convinieron en que se trataba de una enfermedad del endotelio vascular.

Al final ya de la reunión, el Dr. Muro explicaría a los presentes los motivos que le impulsaron a invitar a la misma al Dr. Estellés, y que no eran otros que el hecho de que el mencionado médico había llegado por cauces distintos a los del propio Dr. Muro a la misma conclusión que éste: el síndrome tóxico fue causado por un organofosforado: «Porque Estellés había dicho, que yo supiera—de las otras cosas no he tenido conocimiento—, dos cosas claves: el tipo de tóxico (él no podía saber que es más complejo; no es un organofosforado nada más, sino que es bastante más: ya lo notará en los efectos, que es bastante más; tampoco la P del fósforo es el núcleo fundamental sobre el que gira la fórmula; que en el organofosforado sí, y en este caso no)».—Hago un inciso aquí, porque esta afirmación de Muro es importante hoy, cuando en el Juicio diversos especialistas afirmaron que el síndrome tóxico no es atribuible a los organofosforados, puesto que los síntomas clínicos no se corresponden totalmente: Muro anticipó ya hace seis años que «ya se notará por los efectos, que es bastante más que un organofosforado». «Pero dijo lo del antídoto. Dijo, cuando le llamé esta mañana, encima, lo de la colinesterasa, que tenemos nosotros estudiada, pero que quiere decir que se había dado cuenta de que la acción era compatible con un predominio de la acetilcolina. y que si esta acetilcolina existía circulante, era porque no había colinesterasa que la destruyera, y que por tanto el antídoto tenía que ser un oponente típico de la acetilcolina. Que esto lo haya pensado un

compañero solo en su casa, sin haber estado dentro de la enfermedad, me obligaba a invitarle por ética y, si me apuráis, por estética.»

¿Para qué pandemonios sirve un Ministerio de Sanidad, si en el caso de una epidemia como la que nos ocupa cierra sus oídos y sus recursos a los pocos médicos que le indican cómo podrían llegar a curarse los afectados?

El director del Programa Nacional de Atención y Seguimiento del Síndrome Tóxico, Manuel Evangelista Benítez. firmó el 11 de enero de 1982 un informe resumido de las actuaciones efectuadas, en cuyo anexo n.°2 se habla de «la existencia ya, de población importante con manifestaciones clínicas, fundamentalmente neuromusculares, difícilmente reversibles y subsidiarias de apoyos sanitario v social continuado», y, mas adelante, de «la dimensión neuromuscular del síndrome tóxico, la relativa eficacia de la rehabilitación. y el déficit de personal asistencial en éste área».

En el informe sobre la reunión de la OMS en Madrid del 21 al 25 de marzo de 1983, que bajo el título de El Síndrome del aceite tóxico: Intoxicación alimentaria masiva en España, publicó la Oficina Regional para Europa de la OMS, con sede en Copenhague, pueden leerse por su parte las siguientes afirmaciones:

«La fase crónica, desarrollada insidiosamente durante un período de meses, se caracteriza por neuropatía periférica con atrofia muscular y deformidad de las extremidades superiores, (...).»

«Esta fase (la crónica) se caracterizaba por una combinación nueva de síntomas y signos multisistémicos: neuropatía periférica (mononeuropatía múltiple) con extensa atrofia muscular secundaria y deformidad de las extremidades (...).»

«Estudios retrospectivos han determinado que la lesión neuromuscular es la manifestación clínica más frecuenté (80%) e incapacitante del SAT. Afecta tanto al sistema nervioso central como al periférico (...)»

«La lesión del sistema nervioso periférico era dominante en la mayor parte de los casos (80% de todos los afectados) [...]»

«La degeneración total de la fibra nerviosa fue un hallazgo bastante constante en la fase tardía.»

«La mayor parte de las lesiones registradas fueron en realidad de aparición tardía [...]»

«La fase crónica se caracterizaba por atrofia muscular progresiva, neuropatía periférica difusa y simétrica.»

«La mayor parte de los casos presentaban mialgias, calambres, parestesias, arreflexia, atrofia muscular, debilidad muscular y déficit sensitivos [...]»

«En la fase crónica los nervios periféricos presentaban una neuropatía inflamatoria con una perineuritis linfocítica que llevaba a fibrosis perineural y degeneración axonal secundaria. El tejido muscular presentaba miopatía inflamatoria intersticial, seguida de atrofia muscular neurógena al progresar la enfermedad.»

«Los problemas neurológicos fueron la causa más grave de incapacidad crónica. Los rasgos clínicos eran mialgia y calambres musculares, debilidad muscular y atrofia, pérdida de sensibilidad y movimientos involuntarios . »

«Los datos no sugieren una causa infecciosa [...]. Explicación más verosímil de la mayor parte de las características es un efecto tóxico directo sobre neuronas y sus axones, pues se asemejan a los de neuropatías tóxicas comprobadas en el ser humano y otros animales, aunque la analogía no es exacta.»

El Dr. Javier Martínez Ruiz, que había formado parte de la Comisión Epidemiológica que investigaba las causas del síndrome tóxico me comentó: «Tengo un 98 % de seguridad de que es un producto organofosforado y productor de neuropatía retardada. Un subconjunto de pequeños organofosforados, posiblemente dos productos así, que actúan sinérgicamente. Ahora claro, que si esto fue accidental, si fue provocado, si fue un acto terrorista, si fue una acción encubierta.... se me escapa, como puedes comprender».

El Dr. Corralero, por su parte, comentando la característica de la neuropatía retardada que aparece en intoxicaciones por organofosforados, me conformaría: «En el síndrome tóxico se da la circunstancia de que los pacientes reingresaban al cabo de un tiempo con una nueva sintomatología. Se decía, y se sigue manteniendo, que esto sucedía porque habían vuelto a ingerir aceite tóxico. De todas formas, esto sería válido hasta junio del 81; después ya no porque se requisaron las partidas de aceite, v seguían ingresando al cabo de un tiempo pacientes nuevamente en los hospitales con recaídas en la misma enfermedad». Lo que causaba el reingreso de los pacientes en los centros asistenciales era la aparición de la neuropatía retardada a que hemos venido aludiendo en los párrafos precedentes.

A mediados de julio de 1987, en sus declaraciones a la Sala del Juicio, los peritos clínicos, entre ellos naturalmente el profesor Manuel Serrano Ríos, catedrático de Medicina interna de la Universidad Complutense de Madrid, convinieron en rechazar a los productos organofosforados como causantes de la intoxicación. Aunque todos ellos estuvieron de acuerdo respecto a lo que caracteriza a las intoxicaciones por organofosforados: la neuropatía. Que es lo que también caracteriza al síndrome tóxico en su segunda fase.

SEIS MESES SIN DORMIR

Mención especial merece el insomnio que padecen los afectados del síndrome tóxico. Es un síntoma de aparición precoz (ya en la primera semana del proceso), y su hallazgo es constante—podemos decir que se observa en el 100% de los casos— si bien su intensidad es variable de unos a otros: va desde los enfermos que pasan dos semanas sin poder dormir, hasta los que tardan 6 meses en poder conciliar la primera hora de sueño.

Este largo período de insomnio contribuye en parte a agravar el síntoma de la alteración de la cronobiología, que modifica el ritmo horario habitual del individuo, que no se sujeta a reglas: los horarios de toma de alimentos se modifican en el sentido de alargar las pausas, con aparición de apetito en momentos extraños, como por ejemplo durante la madrugada. y se modifican los horarios en los que el paciente realizaba las necesidades fisiológicas o el aseo personal.

Este es el comentario del Dr. Muro y Fernández-Cavada: «El primer signo, que ya lo describimos en Radio Madrid el 20 de mayo de 1981, era el insomnio. Farmacológicamente no se ha conseguido producir un insomnio de una semana, de días, y esta enfermedad produce insomnios que en cuatro meses consiguen por fin dormir la primera hora. Pero además, habitualmente, el insomnio es regla. Este tipo todavía no está descubierto en ningún producto farmacológico: con todas las aminas que se emplean (anfetaminas, drogas, etc.) hay que repetir la dosis, y con una única dosis es imposible producir un insomnio prolongado.»

El Dr. José María López Agreda, jefe clínico de la sección de Electroencefalografía Clínica del Hospital Provincial de Madrid, ahondó en el estudio de las causas que producían este insomnio en los afectados, llegando a la

siguiente conclusión: «Contrariamente a lo que venía sosteniendo la comisión oficial del síndrome tóxico, nosotros comprobamos que los afectados sufrían una encefalopatía tóxica que provocaba un deterioro de la esfera superior del cerebro y afectaba a la funciones intelectuales e instrumentales del individuo. Estos trastornos, que en los informes oficiales se definían como simples encefalitis, nosotros comprobamos que tenían su origen en el sistema nervioso central, sintomatología que está perfectamente definida en la literatura científica como producida por los productos químicos organofosforados». Y resume: «Un mes y quince días después de producirse la intoxicación masiva nuestros hallazgos son perfectamente compatibles con formas neurológicas subagudas de intoxicación por organofosforados. Mientras que en una etapa crónica (tardía) hemos encontrado un trastorno respiratorio central ligado al sueño, que está igualmente descrito en encefalopatías tóxicas por organofosforados, etapa crónica».

Posteriormente, en el ante-informe que con el título de Estudios poligráficos del sueño realizados a afectados del síndrome tóxico en el Hospital Provincial de Madrid remiten a la Sala para su inclusión en el Sumario conjuntamente el mencionado Dr. López Agreda y el Dr. Francisco Javier Martínez Ruiz, médico especialista en Bioestadística y Epidemiología, y miembro durante 1983-84 de la Comisión de Investigación Epidemiológica del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico de Presidencia del Gobierno, podemos leer las siguientes afirmaciones:

El apartado «Hallazgos electroencefalográficos» finaliza con este párrafo:

«Este hecho, igualmente, aparece descrito, desde el punto de vista electroclínico, en la literatura toxicológica Correspondiente a una etapa tardía de recuperación en intoxicaciones por organofosforados».

Y el titulado «Hallazgos polisomnográficos», con esta frase: «En nuestra opinión la significación de estos fenómenos puede estar relacionada con la que se otorga para los fenómenos de alteración durante el EEG convencional en la etapa resolutiva de pacientes afectos de un síndrome tóxico por organofosforados».

Cuando hablan del síndrome de apnea del sueño, afirman «Estas apneas centrales durante el sueño han sido descritas en procesos que cursan con una perturbación a nivel de determinadas estructuras hipno-respiratorias del tronco cerebral, similares al descrito por Koller et cols, en la fase crónica de la encefalopatía por inhibidores de la colinesterasa».

En el apartado «Implicaciones orientadoras de la etiopatogenia del síndrome tóxico» podemos leer:

«Entre los síndromes tóxicos debidos a intoxicaciones alimenticia parecidos al que nos ocupa, aquellos que son debidos a productos organofosforados ocupan un amplio capítulo bibliográfico. Su mecanismo de acción, como anticolinesterásicos, explican toda una serie de manifestaciones clínicas, neurológicas y extraneurológicas en el sistema nervioso central, sistema nervioso periférico, neuromuscular (preganglionar, ganglionar, motriz, etc.).»

Y, tres párrafos más abajo: «Están descritas, no obstante, formas, intermedias entre las intoxicaciones agudas, masivas, de evolución fatal y las intoxicaciones benignas, mostrando estas descripciones una patología neurológica subaguda similar, bajo el punto de vista electroclínico, a nuestros hallazgos observados en la etapa subaguda y tardía del síndrome tóxico».

Para concluir este apartado afirmando:

«En los primeros 45 días después de producirse la intoxicación aguda, nuestros hallazgos son perfectamente compatibles con las formas neurológicas subagudas de intoxicación por organofosforados.

»En una etapa crónica (tardía), hemos encontrado un 25 % de trastornos respiratorios centrales ligados al sueño, que están igualmente descritos en la etapa crónica de encefalopatías tóxicas por organofosforados, como consecuencia presumible de la afectación tóxica de estructuras implicadas en el tronco cerebral.»

Finalmente, en sus conclusiones de los estudios realizados, afirman:

«La afectación por síndrome tóxico aparece inicialmente como un síndrome multisistémico, neurotóxlco compatible con la alteración descrita de ciertos neurotransmisores cerebrales.

»Los hallazgos electroclínicos de los que tenemos referencia en la etapa aguda, y los que hemos observado en la subaguda y crónica de la afectación por síndrome tóxico son notablemente semejantes a los descritos en las fases agudas, subagudas y crónicas de síndromes de intoxicación por organofosforados.

»No conocemos bibliografía de otro tipo de compuestos distintos a la de organofosforados en la que se den el conjunto de todos estos hallazgos electroclínicos, excepción hecha de la fase subaguda de la intoxicación por sales insolubles de bismuto, en la que se ha descrito también un cuadro encefalopático reversible semejante al encontrado en la etapa subaguda del síndrome tóxico.»

La Administración no atiende a razones

Antes de hablar de la sintomatología de la enfermedad, habíamos quedado en que ésta hacía su aparición el 1 de mayo de 1981, y que las primeras explicaciones oficiales decían que se trataba de una epidemia de legionella, o enfermedad del legionario. Eso era el 5 de mayo, día en que ya el Dr. Muro disentía de la opinión oficial, llegando como vimos a la conclusión de que la enfermedad se adquiría por vía digestiva. Se reafirma en su opinión al día siguiente, 6 de mayo, en que llegan al Hospital del Rey dos bacteriólogos expertos en la enfermedad del legionario, que de forma unánime descartan este posible origen por el cuadro clínico, radiológico v la edad de aparición. Además, el cuadro clínico del síndrome tóxico no era de tipo neumónico —como debería haber sido en el caso de tratarse de una legionella—, sino que parecía un edema de pulmón con corazón pequeño (o normal).
Ajenas a estos razonamientos, las autoridades sanitarias deciden el mismo día 6, y a raíz del aislamiento de la citada 'legionella gormanii' el día anterior, que se rellene una ficha epidemiológica de neumonía a todos los ingresos hospitalarios. El tren oficial enfila con decisión una vía muerta que le impide pasar por las estaciones en las que podría recoger la curación para los enfermos que transporta. El mismo día 6, el Ministerio de Sanidad forma grupos de trabajo con el fin de determinar los aspectos microbiológicos, clínicos y epidemiológicos de la enfermedad. La dirección y coordinación de estos grupos queda encomendada al Dr. Angel Pestaña Vargas, en aquel entonces coordinador científico del Consejo Superior de investigaciones Científicas (CSIC). Médicos y científicos buscaban afanosamente sin atender a las razones expuestas unos virus o bacterias que hubieran podido entrar en el organismo de los afectados por vía respiratoria.

Dos días después el Dr. Luis Cañada, subdirector general de Programas de Salud, reconoce —en declaraciones a Diario 16— que «es posible que el brote no sea debido a la legionella como se había afirmado, pero aún no se puede descartar tal posibilidad». El Dr. Muro ya la tenía descartada con días de antelación, e insisto en ello porque es solamente un ejemplo de los muchos que salpican las páginas de este libro, indicadores del muchísimo tiempo que en conjunto se podría haber dejado de perder en este asunto, en beneficio de la curación efectiva de los afectados, si la Sanidad —como tantísimos otros poderes en la vida— no se rigiera exclusivamente por sus dirigentes, sino que escuchara también la voz de personas que les ganan tiempo a los problemas simplemente razonando con lógica. Pero sigamos con el repertorio.

El día 9 de mayo se constituye la Comisión Clínica que cita a los directores de los hospitales de Madrid para informarles de la existencia de un brote epidémico del que podría ser responsable la legionella. En esa reunión se revisaron 25 casos existentes hasta aquel momento. La comisión, con el concurso de neumólogos, etiqueta la enfermedad como neumonía atípica, tal vez producida por un mycoplasma. Este mismo día entra en la ruleta del síndrome tóxico el Dr. Juan Manuel Tabuenca Oliver, subdirector y director en funciones del Hospital del Niño Jesús, de Madrid, y profesor de Pediatría de la universidad Autónoma de la misma ciudad; según él mismo confesaría: «El primer conocimiento de la existencia de esta enfermedad lo tuve el día 9 de mayo, cuando el Ministerio de Sanidad nos citó a una reunión a médicos directores de hospitales, etc., con el fin de informarnos sobre los brotes aparecidos de esta epidemia».

Estos son los comentarios del Dr. Muro y Fernández-Cavada, a la sazón aún subdirector y director en funciones del Hospital del Rey, sobre aquella reunión:

> *«El día 9 se convoca una reunión urgente en el Ministerio de Sanidad venimos con los del hospital que tenían los enfermos, para hablar de este proceso. Por primera vez, en todo el tiempo que yo llevo en Sanidad, hubo una persona, Luis Sánchez-Harguindey, que fue entonces el secretario de Estado para la Sanidad, que dijo que la Sanidad debía de ser sólo una, que los casos no pertenecían a los hospitales, sino que debían ser todos de todos, palabras que era la primera vez que yo oía, en este tipo de actuación, que me parecieron fenomenales, y yo salí el primer día encantado de la reunión. En ella presentamos, sólo como utilidad diagnóstica rápida, el patrón pulmonar, puesto que ya les dijimos que simplemente con una radiografía podían despistarse la mayor parte de los casos, pero siempre dijimos que no era una neumomia; que era, para nosotros, un edema de pulmón con corazón pequeño, es decir muy distinto al edema de origen cardíaco.*
>
> *»En la misma mañana, el Dr. Sánchez-Harguindey había montado cuatro equipos de actuación, uno de saneamiento o sanidad ambiental, uno de epidemiología, otro clínico y otro bacteriológico. Entonces la primacía la tenían los bacteriólogos, porque creían que era la única posibilidad existente. Pero por la noche, al contemplar en el mapa la distribución de los casos, ya me quedé yo con un grupo a los que les hablé de que quizá fuera conveniente empezar a pensar en la vía digestiva.*
>
> *»El día 10 por la mañana, en la reunión del piso de epidemiología, el Dr. Urbistondo y el Dr. Plaza comentaron la posibilidad de que se tratase de una enfermedad por vía digestiva. Entonces yo insistí en que me parecía que se trataba de una enfermedad por vía digestiva. Dimos una serie de razones, y nos sorprendió que cuando los grupos se reunían en distintas plantas, al bajar al plenario, todo aquello que se había comentado sobre la vía digestiva no fue recogido por el portavoz del grupo epidemiológico; pero hubo un señor que dijo que los epidemiólogos, pese a los días transcurridos, no habían hecho absolutamente nada.»*

Más adelante volveremos sobre las graves deficiencias descubiertas en la investigación epidemiológica de esta enfermedad. Quede anotado de momento por lo transcrito que alguien, desde el principio, venía manipulando la información para evitar que se encarrilara correctamente.

El día 10 de mayo, el Dr. Muro sugiere a los doctores Plaza y Urbistondo que realicen una encuesta entre los familiares de los afectados, que procedían de diferentes focos poblacionales, para averiguar qué era lo que los unía. El resultado de la encuesta muestra que todos compran en el mercadillo ambulante que rotativamente se instala cada día de la semana en uno de los pueblos afectados: los lunes en Alcalá de Henares, los martes en Alcorcón, los miércoles en Torrejón de Ardoz, los jueves en Carabanchel, los viernes en San Fernando, Coslada, los sábados en Getafe y los domingos en la UVA (Unidad Vecinal de Absorción) de Hortaleza. Todas las familias declararon haber adquirido lechugas y cebolletas.

El mismo domingo día 10, a las 17 h. 25 min. se informa de estos hallazgos al Dr. Luis Valenciano, director general de Salud Pública. También se le informa de la ruta comercial y de los productos obtenidos en esta primera encuesta. Pero —y sigue la Administración inhibiéndose de la búsqueda seria y decidida del foco real del problema— en la reunión conjunta del día siguiente (11

de mayo), estos datos no fueron tenidos en cuenta. Muy al contrario, se argumentó que seguía tratándose de una enfermedad por vía respiratoria.

A pesar de que el propio director de Salud de la Delegación Territorial de Sanidad y Seguridad Social de Madrid, Dr. Antonio Urbistondo Agrasot , corrobora en informe remitido con fecha 11 de mayo de 1981 al director general de Salud Pública, Dr. Luis Valenciano:

«No obstante, habiéndose sospechado por el equipo sanitario de la Dirección de Salud de Madrid el mecanismo de transmisión digestivo de estas afecciones, por una serie de coincidencias que les llamaron la atención, tuvieron una reunión en la tarde del domingo día 10 con los miembros de 11 familias afectadas por esta enfermedad sin conexión geográfica entre sí, observándose una evidente relación entre la aparición de estos casos y las actividades de un mercadillo ambulante que recorre en fechas fijas todos los puntos en los que han aparecido casos y en el que se expenden sin ningún control sanitario una serie de productos perecederos, entre los que destacan las hortalizas de consumo en crudo, que fueron adquiridas en dicho mercado por todos los afectados sin excepción».

»Este hecho abre, en opinión de los que suscriben, un campo de investigación que estiman debería tenerse en cuenta.»

¡Qué cerca estaban por indicación del Dr. Muro los responsables de la Sanidad nacional, al cabo de 10 días de detectada la epidemia, del foco auténtico de la misma, y qué gran ocasión dejaron escapar para lograr la curación efectiva de los afectados!

Tampoco fueron tenidas en cuenta estas otras sugerencias del director en funciones del Hospital del Rey, circunstancia que él mismo relata:

«Yo le dije al Dr. Sánchez-Harguindey: "Creo que se deberían de llamar a los jefes provinciales de Sanidad; es costumbre en esta Casa—se lo dije bajito, estábamos sentados juntos—que cuando hay algo tienen que venir a dos cuestiones: primera a informarse y segunda a ayudarnos, porque nos pueden hacer falta". Entonces dijo que no le parecía bien, lo cual, pues muy respetable; como el que manda, manda, mi obligación como técnico era sugerir y su obligación como político era decidir. Entonces yo le dije que yo llamaría a Avila . Se vuelve y me dice: "¿Y por qué a Avila ?" Le respondo que tengo la impresión de que debe venir Avila .» La impresión del Dr. Muro se confirmaría de inmediato: *«Me llama por teléfono el Dr. Germain y me dice que cree que tiene casos, le digo que me traiga las radiografías para decidirlo y que aunque no esté invitado, que yo me comprometo a traerlo a la reunión del Ministerio. Le traigo a la reunión del Ministerio, que ya fue el día 11, lunes, y le digo al Dr. Sánchez-Harguindey que como yo le había dicho que iba a pasar en Avila , que aquí estaba el jefe de Avila con las radiografías de los casos de Avila . Pese a ello tampoco se llamó a los jefes provinciales».*

Y continúa la lucha del Dr. Muro por conseguir que la Administración—los que en definitiva podían decidir la curación de los enfermos—abandonara la vía muerta en la que había entrado, para unirse a la investigación adecuada:

«Por la tarde del lunes día 11 se celebraba una reunión en la que yo tenía muchísimo interés, porque era la anatomopatológia, en la que había seis necropsias ya. Me interesaba en la necropsia lo contrario que a todos los que estuvieran allá, como puede confirmar el Dr. Munuera, porque yo sólo quería confirmar la vía digestiva. Mi preocupación fue que me dijeran cómo estaba el aparato digestivo, cómo estaban los linfáticos del aparato digestivo; y, en efecto, me confirmaron que había hiperplasia en las placas de Peyer. Me costó mucho trabajo que cuando se describió el patrón anatomopatológico se incluyera: "hiperplasia de la placas de Peyer", porque toda la necropsia iba dirigida a pulmón.»

Adicionalmente, la conclusión clínica del análisis anatomopatológico probó que se trataba de una enfermedad que provocaba edema en cerebro, pericardio, aparato digestivo y pulmón, de donde se concluye que es una enfermedad sistémica y no respiratoria. Pero en aquella fecha nadie quiere darse cuenta aún de esta conclusión excepto el Dr. Muro: ¿Por qué? Porque a alguien no le interesaba que la investigación se encauzara correctamente.

El día 12 de mayo aparece el ya citado artículo del Dr. Ángel Peralta Serrano en el diario madrileño Ya, en el que se habla de la posibilidad de que todo se deba a una intoxicación por insecticidas organofosforados (!). Ya es un diario matutino (ojo al dato). Porque el mismo día 12 una llamada telefónica de Madrid—del Dr. F.P. Gallardo del Centro Nacional de Virología y Ecología Sanitaria— a Atlanta, en el estado norteamericano de Georgia, pide ayuda al Epidemiology Program Office del CDC. Que envía a Madrid al epidemiólogo William B. Baine. Tal y como manifestará mas tarde la eurodiputada Dorothee Piermont en el «I Congreso de Internacionalismo de los Verdes» celebrado en Kassel, en Alemania, en octubre de 1985, investigadores y víctimas implicadas son de la opinión de que datos, historiales clínicos y documentos establecidos con ocasión de la visita del epidemiólogo americano, fueron transferidos íntegramente al CDC norteamericano ,

no siendo por tanto accesibles ya a los investigadores españoles que consideran falsa la hipótesis del aceite.

Y continúan las ocasiones perdidas para la investigación y para la curación de los enfermos, por culpa de la nula atención que los responsables de Sanidad prestaban a las acertadas observaciones del Dr. Muro. Así, al día siguiente, 13 de mayo («Nosotros no dormíamos, yo estuve doce días doce días—sin dormir, y conmigo se podía hablar a cualquier hora y estábamos recibiendo siempre», puntualizaría mas tarde Muro), se presentaron en el Hospital del Rey los doctores Munuera y Cañada—subdirector general de Programas de Salud—, a quienes el Dr. Muro y el Dr. Juan Raúl Sanz (recuerdo: jefe local de Sanidad de Torrejón de Ardoz), explicaron lo estudiado hasta entonces, insistiendo una vez más en la vía digestiva y en el foco ambulante de los mercadillos, cuando en el Ministerio aún estaban diciendo que se trataba de una enfermedad respiratoria y que el origen radicaba en un mycoplasma. Al ver que no les hacían caso, y estando ya bien entrada la noche, se les ocurrió que quizá podrían convencerles las predicciones, porque resulta que el equipo del Dr. Muro ya había averiguado de dónde procedían los transportes, a dónde se dirigían, en dónde iban a parar y en qué puestos se venderían las verduras respectivas. Para ello se habían dedicado, los días 12 y 13, a intentar conocer en los mercadillos la procedencia de los productos agrarios que se habían vendido. Averiguan así los campos de cultivo, tomando además nota de las matrículas de los camiones y de sus destinos, lo que les permite conocer los lugares a los que serían transportados los productos. Para ello debe de tenerse en cuenta que los camiones que surten los mercadillos no sólo transportan las, hasta entonces, sospechosas lechugas y cebolletas, sino todos los demás productos que se comercializan a través de esta red de distribución. Les dijeron entonces en dónde iban a aparecer casos nuevos, por ejemplo en Alcorcón, alrededor de la calle Virgen de Iciar, en Burgos, Móstoles, Segovia, Valladolid, y que podrían aparecer casos hasta en Bilbao. Al día siguiente—14 de mayo—se confirmarían las predicciones al preguntar su procedencia a cada ambulancia que llegaba con ingresos nuevos, correspondiendo los mismos a Alcorcón, Móstoles, etc., y apareciendo ya los primeros casos en Valladolid y Segovia.

Pero lejos de ser consultado por las autoridades para que les explicara su sistema de trabajo y así poder llegar hasta el foco de la epidemia y poder a partir de aquí intentar la curación efectiva de los enfermos, la Administración destituye al día siguiente de sus funciones al único médico que estaba evidenciando que podría llegar a demostrar qué es lo que había ocurrido en rea-

lidad. El cese fulminante, el 15 de mayo de 1981, del director en funciones del Hospital del Rey de Madrid, así como la renuncia a acelerar la curación efectiva de los enfermos—se estaba a tiempo de lograr esta curación efectiva si se hubieran escuchado las pocas voces que iban bien encaminadas—debía necesariamente de obedecer a muy poderosas razones que nada tienen que ver con la Sanidad, ni siquiera con el propio Gobierno español. Era el precio que se cobraba el silencio del pacto.

LA ADMINISTRACIÓN DESTITUYE A QUIEN ESTABA DESCUBRIENDO LA VERDAD

«La comunicación del Dr. Muro a los responsables de Sanidad, de la relación de la enfermedad con los mercados ambulantes y la predicción de los lugares de aparición de nuevos brotes, provocó la suspensión de sus funciones como director del Hospital del Rey», denunciaría el abogado Juan Francisco Franco ante el Parlamento Europeo el 26 de octubre de 1986.

«El 15 de mayo recibe un telegrama que le cesa de forma fulminante en su cargo de director del Hospital del Rey», denunciaría la eurodiputada Dorothee Piermont en octubre de 1985 ante el ya citado congreso de Kassel.

«El director de un hospital de Madrid había sido cesado por el Ministerio de Sanidad y Consumo por difundir declaraciones muy distantes de las oficiales, sobre la etiología de la enfermedad», escribió el Dr. José Manuel Tabuenca Oliver, subdirector del Hospital del Niño Jesús y profesor de Pediatría de la universidad Autónoma de Madrid, en el informe sobre la reunión de la OMS en Madrid en marzo de 1983.

«Al expresar, en los primeros días de la investigación, el Dr. Muro, que la enfermedad aparecía asociada a una intoxicación alimentaria, y hacer gala de la extraña virtud de poder predecir los lugares en donde aparecerían los focos de la enfermedad, llegando incluso a poder determinar las calles de las poblaciones donde la misma aparecería, lo que ponía de manifiesto el acierto de sus investigaciones, fue fulminantemente cesado de Director en funciones del Hospital del Rey.

»Tan fulminante cese tenía explicación porque, evidentemente las afirmaciones del Dr. Muro, impedían mantener la interesada afirmación de que la vía de penetración de la enfermedad eran las vías respiratorias.»

Los dos párrafos anteriores están extraídos del texto de la querella presentada en Madrid por el procurador de los tribunales Albito Martínez Díez, con fecha 8 de abril de 1987, contra Gertrudis de la Fuente Sánchez y Angel Pestaña Vargas, por los supuestos delitos de falsedad e imprudencia temeraria.

Días después, el Dr. Fernando Montoro Jiménez, que fuera nombrado subdirector general de Establecimientos v Asistencia Farmacéutica en diciembre de 1982, me confesaría sin dudarlo que «Muro ha sido el hombre más honrado que ha trabajado en este tema». Y añadió: «Muro me pareció siempre una persona muy inteligente, muy trabajador y muy honesto. Fue un gran investigador. El único fallo que tuvo Muro —un fallo personal— fue que todo lo que pensaba en un momento determinado de sus investigaciones, en vez de callárselo, que es lo que hay que hacer hasta que no demuestres lo que sea, pues lo decía; entonces por eso sentaba mal al Gobierno de ese momento, a Sancho Rof..., le sentaba mal. Pero Muro ha tenido unos aciertos que no ha tenido nadie. Es para hacerle un monumento. Que Muro fue el primero que dijo que era por vía digestiva, que no era por virus ni por un bichito. Eso fue lo peor que hizo Muro, de cara al Gobierno. Por eso lo cesaron, así de claro». Mas adelante, me diría aún: «Muro ha trabajado muy seriamente, con mas gente de lo que se creen muchos. Tenía un equipo serio y mejor organizado que los que tenían los otros». Luego me habló de los abrumadoramente exhaustivos trabajos del Dr. Muro, de sus encuestas epidemiológicas, las mejores que se han efectuado sobre el síndrome tóxico, de su completísima colección de gráficas, fotos, diapositivas, para confirmar nuevamente: «Muro ha sido una víctima, y mal tratada por parte del Gobierno de UCD, y por supuesto—¡cómo no decirlo!—del partido socialista, que era su partido».

El antiguo jefe local de Sanidad de Torrejón me comentaría al respecto: «Mira, hace diez días encontré la famosa cinta original del 13 de mayo, cuando al subdirector general de Salud Pública, Cañada, al director general de Planificación —que fue el que cesó a Muro—, González Navarro, y a varios otros, por la noche, en el Hospital del Rey, con el alcalde de Torrejón y todo, estábamos diciéndoles dónde iban a aparecer los casos por los mercadillos, y que era un producto por vía digestiva. Pero no sirvió de nada, a pesar de que estábamos diciéndoles dónde estaban apareciendo los casos y dónde iban a aparecer, y eso que era la Administración del Ministerio de Sanidad, escuchándonos a la una de la mañana».

Si de algo sirvió, fue para cesar al Dr. Muro, como ya vimos. Circunstancia que la familia Muro atribuye al empecinamiento personal del entonces director general de Salud Pública, el Dr. Luis Valenciano, «que fue el que personalmente le dijo: "Te voy a hundir y echarte del cuerpo de Sanidad"», como me comentaron en su domicilio de Madrid, a lo que la viuda del Dr. Muro añadió: «Me parece que todavía hay testigos, que lo pueden decir». Recordemos que el Dr. Valenciano ya había hecho caso omiso anteriormente de las argumentaciones del Dr. Muro en el Ministerio de Sanidad, como no haría caso tampoco, con posterioridad, de la comunicación del Dr. Sánchez-Monge, referente al hecho de que estaba logrando curaciones en pacientes afectados por el síndrome tóxico.

Con lo que el Poder por lo visto no había contado, es con el hecho de que el Dr. Muro era un profesional que sí se había tomado en serio su juramento hipocrático, y que por lo tanto, lejos de desentenderse del asunto por el cese que le había caído encima, dedicaría en adelante todos sus esfuerzos y sus recursos al esclarecimiento del origen de la aún extraña enfermedad. El 24 de noviembre de 1981 declaró en el Ministerio de Sanidad: «Ahora ya, estoy suspendido de mis funciones, lo cual me permite moverme, que antes no podía; yo el otro día dije que por favor, a mí me hicieran ahora lo que quisieran, menos volverme a atar a un puesto hasta que esto estuviese terminado, porque el único favor que me han hecho ha sido la suspensión que me ha permitido hacer todo lo que ahora vais a ver». Y explicó una vez más el rumbo y los resultados de sus averiguaciones.

El aceite de colza

El Dr. Muro fue cesado el 15 de mayo de 1981. Hacía ya unos días que en su despacho de la dirección del madrileño Hospital del Rey guardaba una serie de bolsas de plástico con productos de las huertas en las que había estado con sus colaboradores. Al día siguiente de su cese, y mientras la opinión oficial seguía dándole vueltas a la versión de que el «mycoplasma neumonía» era el que estaba penetrando por vía respiratoria en el organismo de quienes caían enfermos, apareció en el mencionado despacho del Dr. Muro el Dr. Pérez Gallardo con unos norteamericanos, que se llevaron las bolsas referidas, que se fueron a Atlanta.

El día 18, un nuevo informe del Dr. Urbistondo (recuerdo: director de Salud de la Delegación Territorial de Sanidad y Seguridad Social de Madrid), dirigido al director general de Salud Pública, Dr. Valenciano, habla de la vía digestiva: «Partiendo de la hipótesis (tal vez equivocada, pero que a falta de otra mejor, nos ha servido de partida para nuestra investigación) de la transmisión por vía digestiva de la citada enfermedad...».

Así llegamos al día 20 de mayo de 1981, en que el Dr. Muro rechaza la hipótesis de las lechugas y cebolletas, tras una atenta observación de los plazos de distribución de las mismas. Después de lo cual, como él mismo dice: «Me pongo en la cabecera del mercadillo de Torrejón, y teníamos una serie de listados que estábamos haciendo entre todos, de todos los productos que se pueden adquirir en el mercadillo para comer; no trajes, o zapatos, o plantas; y entonces teníamos de todo. Hemos investigado pues desde las aceitunas y las variantes, a las berenjenas de Almagro, desde el sinfín de magdalenas y productos para acompañar el desayuno..., y entonces ese día, yo, al ponerme ahí, era donde estaban los ocho puestos de aceite, ocho puestos de acei-

te que en todos ellos la garrafa era idéntica y el tapón se diferenciaba en que había tres colores: verde, rojo y amarillo.»

De forma que observó la venta de unas garrafas de plástico de cinco litros, sin marca, de aceite, y que gran cantidad de personas adquirían. Al ser este un producto indispensable en la confección de la ensalada, decidió poner a prueba esta vez el aceite observado. Con lo que queda patente que, si bien se convirtió muy pronto en su más firme opositor, el Dr. Muro fue también el primero en tener en cuenta la hipótesis del aceite de colza, como causante de la enfermedad. Y comenta: «Pregunté en los ocho puestos de aceite que de dónde lo traían. Y el resultado fue que los aceites, pese a que los envases eran iguales, eran realmente distintos. Por ejemplo, unos venían de Toledo, otros de Talavera, otros de Cedillo del Condado, otros de Alcorcón. Cada uno venía de un sitio distinto. Tomé nota de quién proporcionaba a los vendedores aquellos aceites, les pedí incluso los albaranes y facturas para comprobar dónde los compraban con el fin de analizarlos, al igual que estábamos analizando otros productos».

En este contexto, los doctores Javier Martínez Ruiz y María Jesús Clavera Ortiz escriben en su trabajo El Dr. D. Antonio Muro y su investigación del síndrome tóxico: «Por paradójico que resulte, debemos decir que la principal fuente de documentación sobre la histórica hipótesis del "aceite" no debe buscarse en el Plan Nacional para el Síndrome Tóxico, en el Centro Superior de investigaciones Científicas, en el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, etc. (es extremadamente pobre y desorganizada la información que estos centros poseen) sino en el Dr. D. Antonio Muro, principal objetor de la misma».

A partir del 20 de mayo, el Dr. Muro y sus colaboradores se dedicaron a localizar a las fábricas y envasadoras de estos aceites, con veinte días de antelación sobre las autoridades sanitarias, y en un momento en que éstas aún continuaban pregonando oficialmente el origen respiratorio de la enfermedad (!). También comenzó a partir de este día a quitarles el aceite a sus enfermos, 28 días ante de que la Administración diera idéntica orden a nivel general y con 41 días de anticipación a la retirada general oficial del aceite de colza. Aunque para entonces, Muro ya tenía claro que el aceite no había tenido arte ni parte en este envenenamiento .

El mismo día 20 de mayo de 1981, el Dr. Muro habló de la epidemia por Radio Madrid, describiendo ya en esta intervención el primer signo que la caracterizaba, y que era el insomnio al que ya aludí, y que es cuando menos indicador de una intoxicación por organofosforados.

También el día 20, decía en la revista Noticias Médicas que se trataba de una enfermedad sistémica, y que desde luego no era una neumonía .

En el colmo de la desinformación, del anticientifismo y de la desatención a los enfermos, a tenor de las muchas advertencias que en contra había recibido de los médicos que argumentaban con el Dr. Muro que la única vía de penetración de la enfermedad era la digestiva, el Ministerio de Sanidad y Consumo con sus técnicos y de acuerdo con toda la investigación oficial, anunció el 21 de mayo de 1981 por televisión que la causa era un mycoplasma, asegurando al día siguiente, 22 de mayo, que no había un solo dato a favor de la transmisión por vía digestiva (!). En rueda de prensa mantenida por el ministro Jesús Sancho Rof, éste declaró sin mayor problema la siguiente tomadura de pelo a todo el pueblo español: «No hay más investigación válida hasta ahora que las señaladas por el Ministerio». Y: «No hay ninguna otra causa demostrable en este momento. En todas las autopsias realizadas se detecta el mycoplasma y ningún otro agente. En los cultivos, el germen crece como mycoplasma. Se conoce su nombre y su primer apellido, pero falta su segundo apellido. Se extiende sin agente físico particular que lo propague». Seis años más tarde declararía en entrevista concedida a Nativel Preciado y publicada en el semanario Tiempo el 6 de abril de 1987 —con respecto al asunto del síndrome tóxico— que «a mí me pillaron en una maniobra política [?] y jugué el papel de malo de la película porque era el ministro de Sanidad». En cuyo caso y de apercibirse de ello, cabía, en un país civilizado y en interés de cuantos iban enfermando, el recurso de la dimisión .

La postura oficial comienza a dar su vuelco el 28 de mayo, para entrar momentáneamente en la senda abierta, con mucha antelación, por el Dr. Muro.

El abogado Juan Francisco Franco comentó al respecto el 26 de octubre de 1986, ante el Parlamento Europeo: «Denunciada por el Dr. Muro la evidente relación de la enfermedad con una intoxicación por vía digestiva, en contra de la hipótesis oficial de la transmisión aérea (legionella; mycoplasma), la Administración tuvo que buscar el sustituto del mycoplasma en un agente indeterminado transportado en el aceite. Diversos intereses (grupo olivarero) y el propio azar (una asociación espúrea) han apoyado la hipótesis, pero la razón o causa primera de inculpar a la colza no está clara, y quizá su explicación debe buscarse en un aviso de la INTERPOL recibido en España en mayo de 1981». (!)

En lo que a la INTERPOL respecta, cabe apuntar aquí las declaraciones

efectuadas el 1 de febrero de 1988 por el industrial aceitero Antonio Cochs Tapias durante la vista que se sigue en la Casa de Campo, en las que afirmaba que el 20 de junio de 1982 fue detenido en México, torturado por la policía y encerrado en primera instancia en un calabozo. Y añadió: «Lo más grave es que en el momento en que me detuvieron me querían obligar a firmar un documento conforme yo era el asesino. Concretamente INTERPOL México, cuando me detuvo, me llevaron a unos separos...» Se refería a que le instaron a confesarse culpable de las muertes habidas por el síndrome tóxico en España. Quien le detuvo fue —siempre según su declaración— el jefe de INTERPOL en México, Florentino Ventura Gutiérrez: «Cuando se me detuvo, concretamente fue en la calle. Lo primero que se me pidió fue que fuera a una cabina telefónica y, con una pistola en la sien, me obligaron a llamar a mi hermano, para que le dijera que había tenido un accidente de coche por la calle, porque por lo visto lo que se quería es que él saliera de casa. Seguidamente fui llevado a unas dependencias; allí me presentaron a este señor. Florentino Ventura». Posteriormente fue puesto en libertad por el juez, debido a irregularidades en la detención: «Lo que pasa es que me sueltan y cuando salgo a la calle me vuelven a detener, la misma noche, y me vuelven a llevar a unos separos otra vez de INTERPOL y me vuelven a torturar otra vez». Refirió igualmente Antonio Cochs que con ocasión de estas detenciones le salvó la vida al general Juan Alberto Antolín Lozano. A lo que añadió: «El general Antolín Lozano me dijo: "Esto, esto proviene de España". Concretamente esto me dijo al principio; luego se fue a Nueva York a hacer un curso de policía. Cuando regresó a México me dijo: Es posible que haya otra fuente detrás de esto. Un día te veré . Un día te veré, pero ya no lo vi más». El que alguien sea torturado por agentes de la INTERPOL en México para obligarle a declararse culpable de los envenenamientos habidos en España, es algo que, en opinión del Ministerio Fiscal, no viene al caso. Así lo manifestaría al presidente del Tribunal: «Desconocemos el motivo de la aportación de este testigo, porque creemos que no ha podido aportar nada de cargo o descargo». Pero regresemos a España, algo más de un año antes de la detención de Cochs en México.

Lo cierto es que el 28 de mayo se habla en círculos oficiales del aceite como causa de la epidemia. Así lo cuenta el Dr. Guillermo Tena Núñez, director del instituto Nacional de Toxicología, dependiente del Ministerio de Justicia:

«El día 28 se presentó en el Instituto de Toxicología el doctor Tabuenca, director en funciones del Hospital del Niño Jesús. Nos preguntó nuestra opinión sobre la neumonía atípica, que en aquel entonces se llamaba así.

»Nosotros le dijimos al Dr. Tabuenca, como ya habíamos dicho días antes telefónicamente y por escrito a la Administración, que pensábamos que no se trataba de una epidemia infecciosa, sino que más bien se podía pensar en una intoxicación alimentaria. El Dr. Tabuenca se puso muy contento con nuestra afirmación porque dijo que él pensaba que había una intoxicación alimentaria. Entonces le preguntamos si él sabía epidemiológicamente qué producto alimenticio o alimentario habían tomado todos, común a todos los que ya estaban padeciendo esta intoxicación. Él nos dijo que sí, que había hecho un estudio epidemiológico inicial, y nos preguntó si podía ser el aceite. Le contestamos que sí, que podía ser el aceite, y que si ese elemento lo habían tomado todas las personas que estaban intoxicadas, que lógicamente era el aceite. Él nos dijo entonces si podíamos analizarle aceite .

»Era el 28 de mayo, y nosotros le contestamos que en esos días no podíamos analizarle el aceite porque estábamos cambiando toda la instalación eléctrica y que hasta dentro de cinco o seis días no estaba terminado. Habíamos escogido esa época porque coincidía con un congreso de toxicología en León, y habíamos aprovechado que estaban fuera la mayor parte de los técnicos para cambiar toda la instalación (estos son detalles que no importan) para poner tierra en los aparatos, etc.»

¿Cómo que son detalles que no importan? Con una epidemia nueva y desconocida cobrándose decenas de muertos y centenares de enfermos en buena parte del país, ¿y el Ministerio de Justicia se permite cerrar por reformas su instituto Nacional de Toxicología, que en buena lógica debería de estar trabajando a ritmo redoblado en busca del origen de la enfermedad? ¿Eso no importa? ¿Estamos en España o en una isla del océano índico? No es de extrañar entonces el que, a pesar de que «los químicos de este país no somos tan malos», como me diría el antiguo subdirector general de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica, para añadir que «hay químicos en este país muy buenos, que son unos grandes profesionales de la química, porque el país los ha dado, porque han habido escuelas y ha habido profesores, unos grandes maestros de la química», tengan que venir sin embargo los ingleses para afirmar que los ensayos de Barcelona y Majadahonda, por ejemplo, eran «incompatibles con las buenas prácticas de laboratorio».

Mientras tanto, el Dr. Muro tenía sus propios problemas con los laboratorios, como él mismo explica: «Nosotros tomamos una muestra de cada aceite, pero uno de los problemas que teníamos es que no podíamos contar con ningún tipo de laboratorio, porque como entonces se había dicho en una

rueda de prensa que si estaba yo stressado, que si estaba demenciado, que si todas esas cosas, que si estaba proscrito, hubo a quien le dijeron que si quería conservar el puesto que no trabajara conmigo..., en fin, cosas de esas extrañas, pues yo no quería dirigirme a ningún laboratorio, entre otras razones, porque yo no quería ponerles en el brete de que me tuviesen que ayudar y se la jugasen, o ponerse en el brete de decirme: "No me da la gana de hacértelo". Entonces no me quedaba más remedio que algún día, que iba yo por el Hospital del Rey, no a desempeñar mis funciones, sino como turista (y en lo que era mi despacho se había puesto el Dr. del Pozo Sarompas, compañero nuestro, con un equipo constituido por una chica de la Escuela Nacional de Sanidad, inmunóloga, médico, por otra chica veterinario, y por un muchacho que era farmacéutico, que estaba haciendo fichas epidemiológicas de la neumonía típica, de la neumonía aneumococo, pero que además eran unas fichas que estaban pensadas para el control estadístico, sanitario, de la neumonía corriente, no para la investigación de ningún tipo de proceso. Luego le añadieron una serie de cosas, pensando en la legionella, cuando la legionella ya quedó descartada cuando vimos que el cuadro no se parece en nada), pues en una de estas visitas al hospital, el día 28 de mayo, estuvimos con Pozo y le dijimos que por favor, que además de hacer lo que ordenaba la superioridad de la vía respiratoria, en la que decían que estaban desmoralizados, porque no encontraban nada, que por qué no investigaban algo de la vía digestiva. Que no. Que a él le habían ordenado hacer la vía respiratoria y que nada más. Volví, me parece que fue el día 1 de junio, y dijo que tampoco. Volví el día 3, y como yo ya estaba negro: que ya no sabía qué hacer, me fui a los chicos del equipo y les dije: "Oye, por favor, ¿por qué no preguntáis alrededor de la vía digestiva?" Y dicen: "¿Y qué preguntamos?" Les dije: "Pues mira, preguntad por esta cadena de mercadillos: el lunes en Alcalá de Henares, el martes en Alcorcón, el miércoles en Torrejón, el jueves en Carabanchel, el viernes en San Fernando-Coslada, el sábado en Getafe y el domingo en la UVA de Hortaleza. Preguntadles alrededor de la ensalada, y ved si hay algo que tengan todos en común".

»Total el día 3, Pozo, en la reunión que hubo en el Ministerio, dijo que, a veintitrés familias que habían encuestado esa mañana cuando yo me fui, lo que les dio tiempo, en el tiempo que yo me fui, que saldría de allí como a la una, hasta las tres que salían ellos, que habían encuestado a veintitrés familias y había salido el aceite y algunas cosas más. Parece ser que en el Ministerio tampoco se le hizo caso, y el día 5 o el día 6 Pozo volvió a decir en el Ministerio que el aceite: tampoco se le hizo caso.»

Hay que decir aquí que, mientras tanto, el día 30 de mayo la enfermedad había alcanzado su máximo grado de incidencia.

También hay que anotar—para que nadie alegue desconocimiento por parte de los responsables de la Administración—que el Dr. Muro informó a diario, verbalmente, de sus investigaciones y averiguaciones, durante los meses de mayo y junio de 1981, al entonces secretario de Estado para la Sanidad, Dr. Luis Sánchez-Harguindey.

De repente, el 1 de junio de 1981 el Dr. Tabuenca, después de su visita y cambio de impresiones del 28 de mayo en el Instituto Nacional de Toxicología, manifestó en televisión que, de acuerdo con sus trabajos, «la epidemia no estaba causada por ningún agente microbiológico, sino por una intoxicación alimentaria».

El 6 de junio el ministro Sancho Rof comunica en una rueda de prensa que existía un informe secreto, en poder del Ministerio de Sanidad, en el que se determinaba que en los casos registrados en Torrejón se había aislado una bacteria. Afirmación que contribuyó —como muy bien exponen Luisa Villar Liébana y Miguel A. Sánchez en su estudio ¿La colza... o que?— a que la opinión pública volviera a sospechar de la base americana como foco de la epidemia. Pues conviene recordar en este contexto, y teniendo en cuenta que la primera interpretación hablaba de la legionella, que esta enfermedad apareció por vez primera en 1976 en los Estados Unidos —como recuerdan los autores citados—, al morir 34 personas que habían asistido a una convención de legionarios y ex-combatientes norteamericanos en Filadelfia, cayendo gravemente enfermos otros 150 asistentes a la misma. Días antes (el 20 de mayo) apareció en Diario 16 una noticia que también había echado leña a este fuego:

«Los virólogos encargados de investigar las causas de la epidemia insisten en que la investigación debe centrarse en Torrejón de Ardoz (Madrid), dado que los primeros casos de esta enfermedad se detectaron allí.

»El pasado viernes un equipo de virólogos del Centro Nacional de Majadahonda acudieron a la base americana de Torrejón para realizar algunas pruebas e instalar placas de petri, con el único fin de comprobar si en aquella zona detectaban virus extraños.

»A esta delegación no se le permitió la entrada y, por tanto, no pudieron llevar a cabo las pruebas, al no estar autorizadas por la autoridad militar.»

El día 8 de junio, el Dr. Muro telefoneó al Dr. Antonio Borregón Martínez, director del laboratorio del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

de Majadahonda, para agradecerle su petición en una reunión del cuerpo médico de Sanidad Nacional, en el sentido de que había que redactar una nota o moción lamentando la destitución de Muro. La llamada de agradecimiento sirvió de paso para que el Dr. Borregón le ofreciera que si además quería algo de él, lo que fuera, que podía disponer de ello. Y Muro le dice. «¿Tu me podrías hacer a mí unos análisis de aceites?, pero en secreto». «Claro.» «¿De verdad?» «Sí.»

De resultas de esta conversación, el 9 de junio el Dr. Muro le lleva los aceites: «Pero los que le llevamos eran los que teníamos recogidos, no de garrafas, ni de mercadillos —que sabíamos que eran todos distintos— sino de cabecera de enfermo, en los que nos constaba que era el único aceite consumido. Si no reunía esta circunstancia no aceptábamos el aceite, el único aceite consumido por los enfermos. De manera que si llevábamos diez de la misma zona y los aceites eran distintos, no podía ser el aceite. Por el contrario, si los diez aceites eran iguales, seguíamos pensando que pudiera suceder que sí, que fuera el aceite.

El mismo día se mide la acidez del aceite y se pincha el cromatógrafo. Los resultados mostraron que de las diez muestras de aceite, 7 tenían colza, 6 tenían grasas animales, pero había tres que no tenían ni colza, ni eran tampoco iguales entre sí: uno era de girasol y oliva, otro de oliva y soja, y otro de girasol. «Entonces yo»—comenta Muro— «uno de los axiomas que dí, que eran los de Koch, era que todos los enfermos tenían que estar producidos por la misma causa; sólo podría haber una misma causa para todos los enfermos, siempre que la enfermedad fuera igual. Si los aceites eran distintos, la causa no podía ser el aceite. Pero entonces había que investigar más.»

Recordémoslo bien: el día 9 de junio de 1981, a las cinco semanas y media de haber sido detectado el primer caso del síndrome tóxico, el Dr. Muro ya llega por razonamiento científico a la deducción de que el aceite de colza no podía ser la causa que originó la enfermedad.

Pero la ciencia va por un lado y el Poder va por otro: TVE anuncia en su espacio Al cierre del día siguiente, 10 de junio, que «la causa que ha producido la neumonía atípica, podría encontrarse en un aceite adulterado». Muro va en la máquina del tren de la investigación, que acaba de salir del túnel del aceite de la colza cuando el furgón de cola, en el que viaja la ciencia oficial, está todavía a punto de entrar en él. Lo realmente grave es que los enfermos se han quedado sin ver la luz de la curación, porque el furgón de cola ocupado por el Poder se descolgó hace más de seis años y medio, y aún no ha salido del túnel.

Y lo sorprendente de esta notificación de última hora a través de TVE es que en la tarde de este mismo día 10 de junio, hubo en el Ministerio de Sanidad una reunión de todos los directores de hospitales que llevaban la investigación, reunión en la que se estuvo discutiendo una vez más la vía aérea, la vía respiratoria, los mycoplasmas y los bichitos. Finalizada la reunión y cuando los participantes en la misma están ya de regreso en sus casas respectivas, ven y oyen con asombro que por televisión se notifica que el Ministerio de Sanidad dice que relaciona la enfermedad con el consumo de un aceite que se vendía en garrafas. Y quienes habían estado poco antes en la citada reunión discutiendo acerca de los mycoplasmas y de la vía aérea, respiratoria, se preguntan: «Bueno, ¿y quien ha dicho que es por vía digestiva y que es un aceite?». El Poder, una vez mas, tomó su decisión sin consultas ni explicaciones; y, además, cayendo con notable retraso en un error ya superado. La decisión de anunciar por TVE la probable culpabilidad del aceite de colza, fue tomada por el ministro Sancho Rof tras recibir una notificación personal en tal sentido, a última hora de la tarde, del Dr. José Manuel Tabuenca Oliver.

El 12 de junio las autoridades sanitarias comienzan a precintar depósitos de aceite en situación irregular en Alcorcón, en Madrid.

El 17 de junio Sanidad confirma que el aceite de colza desnaturalizado para uso industrial es el origen tóxico de los aceites a granel causantes de la neumonía atípica, como fue llamado el síndrome tóxico, dándose la orden de retirada de estos aceites sospechosos.

El mismo día, se reúnen en Zaragoza los principales implicados en el negocio de la importación, manipulado y distribución del aceite de colza: los hermanos Bengoechea, y los catalanes Enric Salomó, Ramón Alabart y Jordi Pich.

Tres días después, el 20 de junio de 1981, el Dr. Muro abandona decididamente la hipótesis del aceite como causante de la intoxicación, al conocer los resultados de una experimentación animal con 40 ratones, iniciada a primeros de junio en el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda con las ya mencionadas diez muestras de aceites recogidos en hogares de afectados del síndrome tóxico. Ingeridos estos aceites por los ratones, no se pudo reproducir en ellos ningún síntoma; los ratones continuaron viviendo varios meses, tuvieron descendencia y fueron posteriormente sacrificados sin observarse ninguna patología.

Fue definitivo también para rechazar la hipótesis del aceite, el percatarse de algo tan simple y obvio como es el hecho de que un fluido, como lo es el aceite, que por su forma de utilización consume toda la familia, no puede dejar indemne a más de la mitad de la misma, si ese fluido contiene un tóxi-

co tan potente como el que ha desencadenado el síndrome tóxico. Al respecto, los doctores Javier Martínez y María Jesús Clavera escribían en agosto de 1984: «Ese razonamiento de perogrullo, que permitió al Dr. Muro dar el carpetazo al tema del aceite, todavía no ha sido descubierto por los investigadores oficiales, alegando para justificarlo toda una serie de excusas (genéticas, inmunológicas, infecciosas) que protegían o condenaban a unos u otros miembros familiares. Demostraciones de las cuales a los tres años de investigación no han podido aportar ninguna».

Al respecto de las aludidas diferencias genéticas que causaban la afectación o no en unos u otros miembros familiares, cabe decir que esto sería posible en el caso de que el agente causante de la afectación fuera un microorganismo, pero no en el caso de un tóxico químico tan potente como el que desencadenó esta enfermedad. En este sentido, uno de los letrados de la Defensa preguntó en el juicio, en el mes de julio último: «¿Es presumible tanta variabilidad genética o inmunológica, que concurra al mismo tiempo, y que incluso se dé dentro del grupo familiar, que es genéticamente el más homogéneo? ¿No es más razonable pensar o más probable considerar que el tóxico no se encontraba en el aceite y que por eso se da esta distinta respuesta entre el grupo familiar y entre las distintas personas; es decir, que se trate, en definitiva, de un tóxico ingerido por unos sí y por otros no, y, naturalmente, por eso unos resultan intoxicados y otros no resultan intoxicados? ¿No es mas probable? ¿No sería científicamente más aceptable esta conclusión?

A lo que el perito Dr. Luis Frontela Carreras, catedrático de Medicina Legal de la universidad de Sevilla, argumentó lo siguiente: «En cuanto a si existen factores de susceptibilidad individual o genéticos, bien es verdad que existen cuando concurren determinadas dosis de tóxico; pero en este caso concreto creo que hay demasiadas discrepancias, demasiadas diferencias sintomatológicas para creer en esas predisposiciones individuales y genéticas, sino que más bien yo opino que unos ingirieron el tóxico y otros no, y unos lo ingirieron en mayor y otros en menor dosis, y unos en dosis únicas y otros quizás en dosis repetidas» .

Pero regresemos al Dr. Muro: rechazado el aceite, vuelve a la ensalada, e investiga el consumo de sal y vinagre, hipótesis que abandona rápidamente al percatarse de las diferentes marcas de consumo de ambos productos (y en el caso de la sal, al saber que todas las marcas envasadas provienen de dos únicas salineras, por lo que a esas alturas —si la sal hubiera estado contaminada— media España tenía que estar afectada).

Después de lo cual, el Dr. Muro mantiene que la causa del envenenamiento masivo se halla en la ensalada, pero tras haber descartado la posible relación de sus principales productos (lechuga, aceite, sal, vinagre y cebolleta) y creer que otros productos habituales, como lo son los tomates y los pimientos, no eran capaces de poder vehiculizar ningún producto tóxico por tener una piel cérea que impide la penetración del mismo e incluso su adherencia a su superficie, ignora cuál puede por ende ser el vehículo del tóxico que evidentemente estaba actuando en el organismo de los afectados, escondido —según mostraron los estudios epidemiológicos— en algún ingrediente de la ensalada.

En lo que a la Administración se refiere, cabe apuntar el hecho de que, a pesar de haber anunciado como vimos el 10 de junio por televisión que el aceite adulterado había sido el causante de la epidemia, y de haber dado el 17 de junio la orden de retirada del sospechoso aceite de colza desnaturalizado, éste seguía vendiéndose con fecha 22 de junio, tal y como lo denunció en su día el académico profesor Gonzalo Gil Piédrola en discurso pronunciado ante la Real Academia Española de Medicina.

Y a pesar del anuncio referido del día 10, y de la citada orden del 17, el Gobierno no hizo nada para impedir que los españoles siguieran consumiendo el aceite que tenían en sus casas, presuntamente tan tóxico. Tuvo que ser el Dr. Tabuenca quien aprovechara un programa de TVE (la Clave), cuando ya estábamos en el 24 de junio, para avisar a los telespectadores de que no consumieran ese aceite. El mismo lo cuenta en el informe ¿La colza... o qué?: «En la Clave planteé lo de la recogida del aceite al ver que, desde el día 10, día en que comunicamos los hallazgos del aceite, hasta el día 24, día del programa de la Clave, la gente seguía consumiendo el aceite tóxico. Esto lo comprobábamos a través de las encuestas. Yo estaba aterrado, y me decía que, a pesar de todo lo hecho, nada iba a tener ningún valor; porque si la gente seguía consumiéndolo, podía ocurrir una catástrofe. Esta fue la razón por la cual yo no me quedaba satisfecho con todo lo debatido en la Clave, y por eso propuse lo del canje. Porque la gente que consumía estos aceites era de medios económicos precarios y les iba a costar desprenderse de las garrafas.»

¿Cabe pensar que el Gobierno no puso en marcha inmediatos dispositivos de recogida del aceite, por el hecho de que en el fondo ya sabía que ahí no estaba el tóxico que causaba el envenenamiento?

Y el testimonio del entonces concejal del Ayuntamiento de Madrid Francisco Pla, recogido por Luisa Villar Liébana y Miguel A. Sánchez en su ya citado libro-informe ¿La colza... o qué? (Editorial Popular, Madrid, 1982): «Yo soy testigo de que el Ministerio ha bloqueado alguna línea de investigación,

precisamente la que después resultó ser la más adecuada. Que el veinte de mayo ya había una base para que el Ministerio hubiera emprendido la investigación por vía digestiva, puesto que hasta entonces ni se lo había planteado, Me baso para decir esto en dos hechos claves:

»El primero es que, en una reunión que tuvimos en el Ministerio, yo escuché por primera vez el planteamiento de que la causa de la enfermedad podía venir por vía digestiva. Esto lo planteó el doctor Urbistondo, señalando que los estudios que ellos estaban realizando con los afectados y familiares en el Hospital del Rey, les inducía a pensar que la enfermedad podía tener un origen digestivo por ingestión de algún alimento adulterado. Recuerdo que el equipo de médicos ministerial negó categóricamente esta posibilidad diciendo que era una tontería, porque estaba sobradamente demostrado que se trataba de una enfermedad que se transmitía por vía respiratoria. Incluso nos enseñaron unas fotografías procedentes de los exámenes anatomopatológicos, en las que en su opinión, eran perceptibles los mycoplasmas, es decir, lo que luego el ministro Sancho Rof transformó en su famoso "bichito".

»El segundo punto en que me baso para decir que el Ministerio sesgó la posibilidad de investigar en la línea acertada, es el hecho de que el Dr. Muro vino a verme a mi despacho, y me planteó la posibilidad de que fuera el aceite el causante de la intoxicación. Esto era una fecha anterior al día diez. Lo que quiero decir con ello, es que había una base para que el Ministerio hubiera emprendido la investigación por vía digestiva.»

El 26 de junio, el Ministerio de Sanidad anuncia que el aceite tóxico sospechoso sería sustituido por aceite de oliva puro a partir del 30 de junio a más tardar.

El 30 de junio de 1981 comienza efectivamente la «operación canje» del aceite presuntamente tóxico que los españoles tenían en sus casas, por aceite puro de oliva.

El mismo día fue abierto el sumario del síndrome tóxico, con un escueto certificado del Dr. Antonio Borregón Martínez, director del laboratorio del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda, en el que se culpaba al aceite de colza desnaturalizado con anilina, como causante de la tragedia.

Nunca pudo haber sido el aceite

Uno de los pilares en los que basan su acusación quienes argumentan que el origen del síndrome tóxico radica en el aceite de colza desnaturalizado, es el hecho—dicen ellos—de que la enfermedad comienza a decaer desde el momento en que deja de ser consumido el aceite sospechoso.

Así lo declara por ejemplo—pondré solamente tres ejemplos— la Comisión Clínica (integrada por los doctores J. Villamor López, E. Rodríguez Illera, F. Pozo Rodríguez, B. Taracena del Piñal, J. Romero Olabarrieta, J. L. Montero y G. Marín Hernández), que el 11 de junio de 1982 firma la «Introducción» al Informe sobre el Simposium Nacional del Síndrome Tóxico, informe publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Dicen allí los mencionados doctores:

«Tras el importantísimo hallazgo de la asociación existente entre el consumo de un determinado tipo de aceite vendido sin control sanitario ni comercial y la presentación de la enfermedad, la incidencia cae dramáticamente hasta llegar a cero en el curso de pocas semanas.»

(Dicho sea al vuelo y sin que tenga relación directa con el análisis que aquí me propongo, que me ha sorprendido vivamente el que los citados doctores hayan empleado el término «dramáticamente» para decirnos que la incidencia está cayendo, lo cual significa que la enfermedad está remitiendo, o sea que está desapareciendo: que no aparecen nuevos casos, en definitiva. ¿Es eso dramático? Para cualquiera, pero más aún para un médico —aquí son siete— tal circunstancia debería de ser «feliz» y no «dramática».)

Pero sigamos con los ejemplos de la opinión oficial: con fecha 11 de enero de 1982 el director del Programa Nacional de Atención y Seguimiento del

Síndrome Tóxico, Dr. Manuel Evangelista Benítez, afirma en un informe resumido de las actuaciones del citado programa nacional:

«La investigación epidemiológica hasta la fecha no sugiere, desde el punto de vista analítico, más que la consideración siguiente:

»La relación del aceite con la aparición del síndrome tóxico es una evidente relación estadística, que teniendo en cuenta su porcentual significación, tiene, a nuestro juicio, significación epidemiológica.

»La regresión del número de casos coincidente con la alerta a la población y la retirada del eventual producto tóxico, es un hecho constatado . »

Finalmente, el Dr. Juan Manuel Tabuenca Oliver escribe en el informe sobre la reunión de la OMS en Madrid en marzo de 1983, publicado por su Oficina Regional para Europa con el título El síndrome del aceite tóxico (ya me referí a la tendenciosidad de este título con anterioridad), y haciendo referencia concreta al canje del aceite supuestamente tóxico por aceite puro de oliva:

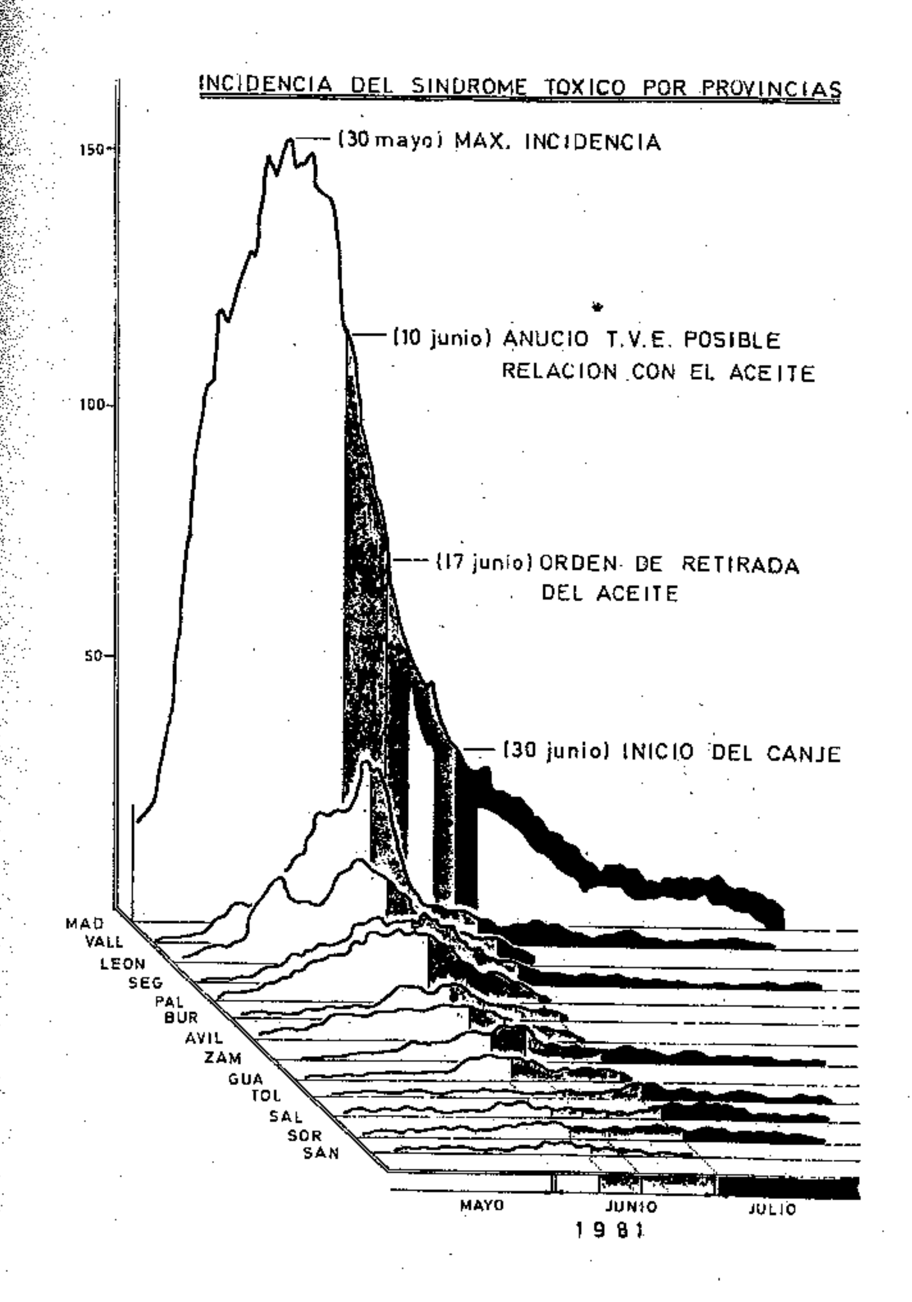
«La operación de intercambio se inició el 30 de junio y a partir de entonces quedó yugulada la tremenda escalada de enfermos y muertes . »

Esta es la opinión oficial, de la Administración, del Gobierno. Pero está falseada, como inmediatamente vamos a tener oportunidad de ver.

El abogado Juan Francisco Franco, al denunciar el 26 de octubre de 1987 ante el Parlamento Europeo las manipulaciones y falsedades habidas en la investigación epidemiológica del síndrome tóxico, dijo que la curva de incidencia de la enfermedad fue elaborada utilizando cuantos artefactos fueron necesarios para hacer coincidir el descenso de la enfermedad con el anuncio, a través de los medios de difusión, de la culpabilidad del aceite. Y que la curva confeccionada con los datos reales denuncia que el descenso de la enfermedad ocurre quince días antes del referido anuncio y por supuesto mucho antes de la retirada del aceite.

Más adelante, al comentar el informe de la primera reunión del «Steering Committee» (comité científico) designado en 1984 por la OMS, confirmaría:

«Respecto a la curva de la incidencia de la enfermedad, el estudio demuestra que el descenso de la misma comienza 15 días antes de hacerse pública la relación de la enfermedad. Este hecho estaba confirmado casi un año antes de la redacción del informe. Precisamente la directora de la Comisión de Investigación Epidemiológica trataría este asunto con el Dr. Heath en Esta-



dos Unidos, el otoño de 1983. Sin embargo, la redacción será inexacta:
»En el momento presente parece ser que la epidemia estaba alcanzando su máximo espontáneo en las provincias de Madrid y León por esas fechas, unos pocos días antes del anuncio público...
»Todo ello para eludir el reconocimiento expreso de que la enfermedad descendió antes del anuncio, lo que invalida el argumento espectacular, utilizado desde el principio, de que la enfermedad remitió al suspenderse el consumo de aceite sospechoso».

Por su parte, el presidente de la Federación Provincial de Asociaciones de Consumidores Afectados y Perjudicados por el Síndrome Tóxico (FACSINTO), en escrito remitido con fecha 20 de junio de 1984 a los componentes del grupo de trabajo de la OMS precisamente, reunidos en el Ministerio de Sanidad y Consumo en Madrid, denuncia:

«Nos agradaría se tuviera en cuenta por Vds., las fechas en que dejan de producirse nuevos casos, ya que—y a pesar de lo mantenido por la Administración hasta hace poco, de que la enfermedad decae al retirarse los aceites, posible e incomprensiblemente por desconocimiento del hecho—nosotros hemos podido constatar a través del estudio de los trabajos realizados por el Servicio de Seguimiento del Plan Nacional del Síndrome Tóxico y entregados en el Sumario 129/81 por el jefe del mismo, Dr. D. Fidel Fernández Rubio; por los trabajos del Dr. Catalá, miembro, en la época en que se realizó el trabajo, del grupo de epidemiólogos de la Sanidad Nacional; y por el trabajo de la Dra. Clavera, miembro de la actual comisión de investigación epidemiológica del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico, en todos ellos de forma coincidente, que la enfermedad decae verticalmente a partir del treinta de mayo de 1981, fecha anterior incluso a conocerse por los medios de comunicación de forma no oficiosa que el aceite era el causante del síndrome tóxico, y por supuesto muy anterior al inicio del canje de los aceites que se inicia el 30 de junio del mismo año, pero aún hay que considerar que tales trabajos y gráficas están realizados en base a la confirmación clínica de afectación, por lo que considerando que desde que aparece el primer síntoma en el individuo hasta que se le confirma clínicamente su afectación, pueden pasar cinco días, habría que desplazar hacia la izquierda la gráfica esos mismos días, y si se tienen en cuenta ciertos trabajos de investigación que afirman que el primer síntoma aparece a los cinco o siete días de haber ingerido el tóxico, nos encontramos que la toxina productora del síndrome tóxico deja de consumirse a partir del veinte (20) de mayo de 1981, lo que nos obliga a pensar que el vehículo transmisor del envenenamiento, por su corta vida, un mes aproximadamente entre el primer caso y la primera fecha en que empieza a decaer la enfermedad, no puede ser un alimento permanente como lo es el aceite, sino un alimento temporal y perecedero.»

Cuando me entrevisté por vez primera con el Dr. Javier Martínez Ruiz, que formó parte de la comisión de investigación epidemiológica, procedente del programa de prevención y control de enfermedades crónicas, de la Generalitat de Catalunya, y que acabó por perder su puesto por defender la tesis del Dr. Muro, me dijo: «Una de las tres cosas sobre las que se asienta la tesis oficial, es el que la curva desciende cuando se retiran los aceites, o por lo menos cuando se avisa de su presunta toxicidad: una caída espectacular. Eso es falso y continuamente falso; de todas formas, se sigue diciendo. Pero resulta que bajaba como mínimo medio mes antes, y probablemente en realidad un mes antes. Según los datos de Muro, un mes antes, v según nuestros datos, basados en los estudios oficiales, es medio mes».

Tres meses más tarde afirmaría en Diario 16, con referencia a la remisión de la enfermedad: «Los gráficos que iban apareciendo demostraban, sin lugar a dudas, que en más del 90 por 100 de la población donde apareció la intoxicación, la incidencia descendía espontáneamente semanas antes de la alerta y retirada de los aceites».

Y, tres párrafos más abajo: «Todo parecía, por tanto, indicar: 1) que los casos venían disminuyendo sin cesar desde finales de mayo, seguramente por agotamiento del agente —el que fuera— que realmente causó la intoxicación masiva, y 2) que ambos fenómenos (disminución colectiva de casos, e interrupción del consumo público de aceite) eran absolutamente independientes».

El 9 de mayo de 1984, la Dra. María Jesús Clavera Ortiz, igualmente integrante de la comisión de investigación epidemiológica, protocolizó ante notario un trabajo titulado Recapitulaciones actuales sobre la comercialización y distribución del aceite sospechoso como etiología del síndrome tóxico en el primer semestre de 1981, en cuyo anexo 11 («Curva epidémica del síndrome tóxico»), del que es autor el propio Dr. Martínez, éste escribe, con referencia a los gráficos de incidencia de la enfermedad, cuyas curvas reproduzco en este libro en un gráfico unificado por provincias:

«Hay que señalar que en el origen de los datos con los que han sido confeccionados estos gráficos, existen sesgos cuya magnitud y sentido es preciso evaluar y tener en cuenta. En particular la fecha en la que un afectado ha sido detectado como "nuevo caso aparecido", está probablemente retrasada

(¡nunca adelantada!) en el tiempo en un intervalo que puede estimarse en un mínimo probable de unos 3 días y un máximo probablemente de unos 6 días (en algunas provincias administrativamente "detectadas" más tardíamente —ej. Toledo— este máximo de atraso puede tener dimensiones mayores). El censo de afectados no registra la fecha real de aparición de "primeros síntomas" del síndrome tóxico, sino tan sólo acontecimientos clínicoadministrativos necesariamente más retrasados: "fecha de detección ambulatoria u hospitalaria (registrada en un 10% de los casos aproximadamente) y "fecha de primera hospitalización" (registrada en prácticamente el 100% de los casos, durante el citado primer cuatrimestre). Estas dos fechas suelen estar en promedio separadas por un intervalo de 2 a 5 días. Nuestro algoritmo ha considerado la "fecha de detección" cuando ésta existe (10 %) o en su defecto "fecha de primera hospitalización".

»Es de prever, por tanto, que la curva "real" de incidencia esté trasladada (adelantada) unos 2-6 días hacia la izquierda.»

Más adelante. comenta:

«Es de destacar, asimismo, la rápida aceleración y deceleración del brote epidémico, fuertemente concentrado en mayo-junio de 1981. Este hecho refuerza quizá la sugerencia de un origen puntual común y limitado de la génesis de la intoxicación.

»Llama la atención, también, el claro adelanto del comienzo del descenso del brote epidémico en la mayoría de las provincias. En la provincia de mayor frecuencia absoluta de casos (Madrid), el comienzo del descenso se inicia 11 días antes del anuncio por televisión del presunto factor etiológico del aceite, y 18 días antes de la orden ministerial de retirada del aceite, y 31 días antes del comienzo efectivo de dicha retirada (primera operación de canje de aceite). Ninguno de estos eventos parece hacer fluctuar el descenso lognormal de la cuna de incidencia.»

La distancia temporal entre la curva que sin base alguna —como acabamos de ver— quiere usarse como indicadora de que el aceite fue el culpable de la intoxicación, y el contacto inicial real con el tóxico, se alarga aún más si prestamos oídos a lo que expuso el Dr. Báguena Candelas el día 27 de julio último durante la vista del Juicio en la Casa de Campo:

«Si cogemos once días de latencia, exclusivamente, con un hecho bien concreto que es la enferma publicada en Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Semanario Médico Suizo), la enferma que viene a cuidar a sus familiares a Madrid, enferma a los 11 días. Cuando se coge la tabla del Gobierno publicada en el Libro Blanco, los días de intervalo entre el último consumo de aceite sospechoso y la hospitalización, desde el stop de tomar aceite [...] entonces, verdaderamente, la epidemia acaba espontáneamente, está cediendo espontáneamente en la gran mayoría de estadística de afectados. Tenemos evidencia matemática con la enferma de Araoz, tenemos períodos de latencia de 20, de veintitantos días, desde el stop del aceite, hasta el ingreso, que se supone que ingresan con las primeras manifestaciones...»

Pienso que la lectura de las opiniones reflejadas, así como la atenta observación de la curva de la incidencia de la enfermedad, que se reproduce en estas páginas, es suficiente para que el lector se haga una idea de que la aparición de nuevos casos se interrumpió mucho antes de que se anunciara públicamente la supuesta toxicidad del aceite de colza, y muchísimo antes de que éste fuera retirado de la circulación y del consumo. De forma que el gran pilar en el que se basa la acusación para decir que el aceite fue el culpable de la intoxicación, o sea el hecho de que al retirarlo, dejan de aparecer nuevos enfermos, es una mentira.

La pista de los organofosforados

Así llegamos al mes de julio de 1981. El Dr. Muro, que lleva ya quince días destituido de sus funciones de director del Hospital del Rey en Madrid, continúa informando —a partir de ahora semanalmente— de sus avances en la investigación del síndrome tóxico al entonces secretario de Estado para la Sanidad, Dr. Luis Sánchez Harguindey. A la Administración, en definitiva.
En los días precedentes, Muro y su equipo fueron sopesando las posibilidades que tenían todos y cada uno de los productos integrantes de la ensalada, como posibles portadores del tóxico o veneno que producía la epidemia. Puesto que lo que estaba claro —lo único de momento— es que el tóxico se hallaba en algún componente de la ensalada, como ya apunté anteriormente. Uno a uno fueron descartando a los distintos componentes. Hasta que, no pudiendo haber sido tampoco la sal, como ya vimos también, por último ya quedaba solamente el tomate. Más el tomate era un fruto al que el Dr. Muro no le había prestado su atención, debido a que no parecía fácil que fuera portador de tóxico alguno. Él mismo nos narra sus propias reflexiones:

-Le fui explicando a Juan Raúl mientras íbamos a casa de Vicente que es que el tomate no podía ser, porque la piel que lo cubre es una piel cérea que si le echas agua, un ácido, o una base, o lo que sea, pues le protege, no entra en el tomate, y que, entonces, para mí, yo me resistía a investigar el tomate. Digo: "Mira, para que el tomate sea, el tóxico no tiene que ser nada de lo que hemos visto hasta ahora. sino que tendría que ser un tóxico sistémico". Entonces el tóxico tendría que ser obligatoriamente sistémico. ¿Qué quiere decir sistémico? Que, por ejemplo, para matar al escarabajo de la patata el insecticida, que es un insecticida sistémico, se añade por la raíz, entra al tallo, por el tallo va a la hoja, de forma que cuando el escarabajo come la

hoja, muere. Esto es lo que se denomina un insecticida de acción sistémica. Pero si el tóxico estaba dentro del tomate, porque si estaba en la piel era muy fácil limpiar el tomate; además, es normal que la gente lave un tomate, y simplemente con agua corrida, cualquier tipo de tóxico que tenga, con el transporte y con el polvo se ha quitado. Luego entonces el tóxico tenía que ser obligatoriamente sistémico.

»Entonces nosotros estuvimos buscando, cogimos aquel día seis muestras de lo que habían añadido en los campos, que nosotros considerábamos presuntos culpables o muy probablemente culpables y teníamos ya las muestras para analizarlas.

»Y a las 10 de la noche, que había una luz como esta, porque os estoy diciendo que estamos en los días más largos del año, que era el 11 de julio, encuentro un saco que le veo de acción sistémica y pensamos que ése podía ser. Pero es que nosotros habíamos puesto una serie de condiciones, y el grupo buscábamos siempre que tenía que reunir una serie de cualidades el tóxico para poder decir que tenía relación con este proceso. Me explicaré: lo primero que había que intentar localizar es qué composición química tenía el tóxico. Entonces yo les dije que teníamos que procurar comprender, antes de conocerle, el LADME del tóxico, es decir, la farmacodinamia del tóxico, cómo se producía la liberación, la absorción, la distribución, el metabolismo o biotransformación y la excreción o eliminación del tóxico. Que si conseguíamos explicarnos el LADME completo, pues podríamos saber algo así como que qué era lo que buscábamos, y entonces nos dedicamos a separar en la enfermedad lo que denominábamos artefactos de lo que denominábamos pura patognomia de la enfermedad. Es decir, que esta enfermedad tenía que tener una serie de cosas, comunes con otras, y una serie de cosas propias, que definían la enfermedad. El primer signo, que ya lo describimos en Radio Madrid, cuando hablamos el 20 de mayo, era el insomnio. [...] Esto podía ser por dos tipos de acciones, pensamos nosotros: o era una acción diencefalohipofisaria o era una acción directa de alteración del centro del sueño. En el sueño existen dos centros, el centro del sueño, mas superior, y el centro del despertar. En el coma, por ejemplo, está alterado el centro del despertar y el individuo no puede despertarse; aquí lo que se alteraba era el centro del sueño y el individuo no puede dormirse. Entonces nosotros dijimos que esto, fundamentalmente, lo que producía, era una alteración de la cronobiología del individuo, una alteración de la cronobiología porque es que no sólo se altera el sueño.

»El agente tenía que explicar, en primer lugar, el insomnio; pero el insomnio podía ser debido a una alteración del sueño o a una alteración hipofisodiencefálica. Otra de las cosas que habíamos visto es que se produzca crecimiento, crecimiento que tenemos ya de más de quince centímetros, en un plazo de dos, tres meses, y en personas de veintitantos años; es más, tenemos crecimiento en personas de más de cuarenta años, pese a estar en un estado de desnutrición (que sabéis que la desnutrición produce un descenso de la talla), pues pese a eso tienen una talla mayor.

»Tenemos un muchacho que fue a la mili en marzo, dio 1,69 y en el mes de julio tiene 1,73; entonces esto nos decía que la alteración debía de estar en el hipotálamo. Por medio del electroencefalograma pudimos conocer que había una arteritis difusa (en otros sitios lo definen como sufrimiento generalizado), que se caracterizaba por unas imágenes compatibles con las que se observan cuando hay una arteritis grado uno en todo lo que es cerebro, pero grado dos, en base de cráneo. El tóxico, entonces, tenía que tener o una acción central o una acción sobre algo que influyera en la región central, como podrían ser los vasos que riegan la zona.».

Delimitadas así pacientemente por el Dr. Muro y su equipo las características que debía reunir el tóxico, a partir de sus efectos en los afectados, descubre el 11 de julio de 1981, como acabamos de ver, y en sus exploraciones de los campos para conocer por boca de los propios agricultores los productos habitualmente empleados por ellos, un producto, el Nemacur-10, que rápidamente llama su atención, ya que por su forma de aplicación sistémica y por su fórmula sospecha que puede ser el tóxico buscado. Sobre todo por ser uno de los pocos tóxicos con el radical para-amino-benceno, productor de insomnio, uno de los síntomas como vimos más patognómicos del síndrome tóxico en sus inicios. Es pues un tóxico cuya molécula explica el cuadro clínico que se encuentra en los enfermos, y permite predecir otros efectos clínicos que se podrían esperar en un futuro más o menos próximo.

Característica fundamental de este tóxico es el de ser lipófilo, ya que si fuera hidrófilo habría sido eliminado por el riñón más tarde o más temprano.

Aquel 11 de julio se recogieron siete posibles tóxicos para su posterior estudio. De ellos, solamente uno era insoluble al echar 5 gramos en 95 de agua —(solución al 5%)— destilada. Además, se recogieron del campo tratado algunos productos.

Para realizar las experiencias se contactó con el Instituto Nacional de Toxicología y con el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda:

«Nos pusimos al habla con el director del Instituto Nacional de Toxicología en solicitud de la posibilidad de realizar unos experimentos con una suspensión en agua destilada al 10% del Nemacur-10 y seis muestras con soluciones en agua destilada de los otros seis productos que habíamos recogido el mismo día en el campo. Al parecer excesivos experimentos sobre seis productos distintos, limitamos la solicitud al Nemacur-10, al que designamos con la letra T de Tóxico, y a los otros dos con la letra L por ser líquidos claros. Ya que pudimos comprobar la imposibilidad de disolver en agua el Nemacur-10, lo que era una de las condiciones que teníamos fijadas en el perfil del tóxico, pues si hubiera sido hidrosoluble se hubiera eliminado por la orina y no produciría a los tres meses efectos nuevos, lo que a su vez indicaba que se trataba el tóxico de una sustancia liposoluble, desde luego lipófila. —Muy esquemáticamente quiere decir esto que el tóxico se activaba (reactivaba) cuando había desplazamientos de la grasa en el organismo.— Además dimos productos hortícolas recogidos en los campos que estudiamos el día anterior, entre los que iban pimientos tratados con el supuesto tóxico. —Quiero recordar aquí una vez más que los pimientos tratados con este tipo de tóxico merecieron la atención de mandos de la OTAN, por su potencial implicación en aplicaciones bélicas—.

«La misma petición y la misma experiencia montamos en paralelo en la sección de Toxicología del Centro Nacional de Alimentación de Majadahonda. Los resultados en ambas experiencias realizadas en forma independiente pero con idénticas técnicas fueron absolutamente iguales. Cuando se administra por boca la suspensión de Nemacur-10 el cobaya muere en ambas experiencias al sexto día, mientras que si se alimenta con un pedazo pequeño del pimiento tratado a un cobaya, éste muere al segundo día. Parecía querer indicar esta experiencia que el Nemacur biotransformado en el vegetal es más tóxico que puro. Lo que es lo mismo: ciertos vegetales tratados con Nemacur-10 dan lugar a una nueva sustancia más tóxica que sus antecesores.»

Esto es lo que les interesaba a los mandos de la OTAN cuando en Colombia hablaron de los pimientos tratados con el mismo producto en Puerto Rico.

Veamos el informe que, acerca de estas pruebas solicitadas por el Dr. Muro, redactó en su día el Departamento Central del Instituto Nacional de Toxicología, dependiente del Ministerio de Justicia como ya mencioné:

<u>Investigación especial solicitada por el Dr. Muro</u>

El Dr. Muro hace entrega personalmente en este Departamento, para su análisis, de las muestras siguientes:

a) Tres frascos de plástico con un contenido aproximado de 35 c.c., 2 de los cuales están marcados con la letra L y el tercero con la letra T.

Los contenidos de los frascos rotulados con la letra L eran líquidos claros, el contenido del frasco marcado con la letra T se trata de una suspensión lechosa en la que los componentes sólidos se encuentran depositados en gran parte en el fondo del envase, quedando un líquido incoloro en la parte superior.

Estos frascos fueron reseñados en nuestro Departamento con los números 1 y 2 los correspondientes a la letra L y con el número 3 el correspondiente a la letra T.

Muestras de hortalizas, consistentes en 2 tomates, 2 pimientos y algunas plantas de tomate todas ellas en perfecto estado de conservación.

<u>Análisis químico:</u>

Se realiza un estudio químico toxicológico por separado en los líquidos contenidos en los frascos L y T (1, 2 y 3 de nuestra reseña) estudiándose fundamentalmente insecticidas y herbicidas, siguiendo las indicaciones aportadas por el Dr. Muro.

En los frascos 1 y 2 - correspondientes a la letra L, el resultado químico toxicológico de insecticidas y herbicidas fue negativo.

El resultado químico toxicológico del contenido del frasco n.° 3 (letra T) resultó positivo para el grupo de insecticidas organofosforados.

Para estos análisis se siguieron técnicas cromatográficas (gases y capa fina) y reacciones químicas de identificación por coloración.

<u>Experimentación animal:</u>

Como la cantidad de muestras era escasa, la experimentación animal se limita a un grupo muy reducido de animales de laboratorio utilizando cobayas y una rata.

La experimentación consistió en lo siguiente:

1) Se suministró a un cobaya y a una rata por vía oral mediante sonda gástrica a cada uno de los animales, 2 c.c. del contenido de los envases 1 y 2 (letra L) hasta terminar completamente ambas soluciones.

Durante la experiencia no se observó anormalidad alguna en los animales experimentados, así como en el comportamiento de los mismos. Al cabo de 25 días esos animales fueron sacrificados.

2) Durante 5 días se suministró a un cobaya, por el mismo procedimiento descrito, líquido contenido en el frasco nº 3 (letra T), muriendo el animal al sexto día.

3) De las muestras de pimiento remitidas se dio a comer exclusivamente un pimiento a un cobaya, muriendo éste al 2º día.

4) Asimismo se dio de comer exclusivamente a un cobaya tomate del remitido, no observándose reacción alguna Este animal se sacrificó a los 20 días.
Estudio anatomapatológico:
En los casos 1 y 4, de la experimentación animal no se obtuvo resultado positivo alguno, bajo el punto de vista anatomopatológico.
En los casos 2 y 3, los resultados son similares bajo el punto de vista anatomopatológico. siendo el resultado del estudio el siguiente:
El parénquima pulmonar presenta extensas zonas de inflamación, reflejadas por una intensa hiperemia intersticial de los intersticios alveolares. Muchos de los alveolos se encuentran repletos de un exudado seroficrinoso que engloba hematíes extravasados.
Existen zonas focales dentro de las zonas edematosas anteriormente reseñadas, en donde la infiltración de los alveolos es masiva a cargo de elementos leucocitarios, en donde pueden encontrarse incluso eosinófilos. Estos alveolos próximos a los bronquios terminales, muestran agrupaciones de elementos leucocitarios, células epiteliales del revestimiento alveolar desprendidas, con núcleos en diferentes fases necróticas.
Existen periféricamente a estas grandes masas edematosas del parénquima pulmonar amplias zonas alveolares que a pesar de la intensa hiperemia intersticial de los alveolos, éstos se encuentran muy dilatados, constituyendo áreas enfisematosas que son mucho más intensas en la zona del parénquima subpleural.
Conclusiones:
1.ª) Se ha detectado la presencia de un insecticida organofosforado en el líquido contenido en el frasco rotulado con T (n.º 3).
2.ª) Bronconeumopatía aguda de posible causa tóxica en los animales experimentados con las muestras T y pimiento.
Este instituto Nacional de Toxicología, quiere indicar que no ha investigado, bajo el punto de vista anatomopatológico, otros órganos por creer suficiente únicamente el estudio realizado en informe anteriormente emitido, ya que la bronconeumopatía aguda, encaja perfectamente dentro de una intoxicación con insecticidas organofosforados.»

En febrero de 1983 el Dr. Alberto Muro Aceña escribe en su Estudio sobre la metodología y epidemiología del síndrome tóxico, que el estudio anatomopatológico reseñado «presenta patrones idénticos a los observados en las autopsias de los primeros fallecidos, ya que con el tiempo varía la fase clínica en que se produce la muerte del paciente, y por tanto el cuadro anatomopatológico».
A partir del mes de julio de 1981, el Dr. Muro y Fernández-Cavada enuncia

ya su hipótesis de que el síndrome tóxico ha sido causado por un producto fitosanitario, un organotiofosforado, vehiculizado por una partida de tomates o pimientos. Desde entonces se dedicó sin tregua a estudiar el consumo de tomates en los afectados, a reconstruir la comercialización de los mismos, llegando a localizar —mediante un proceso laboriosísimo, de retroceder desde el afectado al productor— al agricultor, y el campo donde se plantaron.
Se había comenzado a desandar el camino que llevaba hacia los organofosforados, como causantes de la intoxicación masiva de la primavera española de 1981.

16 ARGUMENTOS EN DEFENSA DEL ACEITE

El cesado director en funciones del Hospital del Rey, lejos de alimentar resentimientos y de desentenderse de la historia, continúa intentando en este mes de Julio de 1981 que el Gobierno le escuche, que alguien con capacidad para actuar a nivel nacional ponga en marcha los recursos necesarios para esclarecer realmente lo sucedido, cuando se está aún a tiempo de mejorar sensiblemente la situación de los afectados.

De ello se lamenta durante la reunión que pidió se convocara el 24 de noviembre de 1981, en la cual expuso someramente sus estudios, y recordó: «Tened en cuenta que hicimos que se dijeran en el Consejo de Ministros de mediados de julio, nuestros trabajos, que los conoce el ministro nuestro desde el 28 de julio, que los conoce Sánchez-Harguindey desde ese mismo día y desde antes, que siempre hemos dicho que queríamos hablar con la Administración, que ha sido la Administración la que no ha hablado y que hemos conseguido venir hoy aquí gracias al secretario de Estado para el Consumo, que si no todavía no habríamos venido».

A este respecto, los doctores F. J. Martinez Ruiz y María Jesús Clavera Ortiz, que como ya queda dicho habían formado parte de la Comisión epidemiológica del PNST de Presidencia del Gobierno, escribieron en agosto de 1984 las siguientes reflexiones en su trabajo El Dr. Antonio Muro y su investigación del síndrome tóxico:

> Es muy fácil demostrar, ahora o en el futuro, que hasta el presente el Dr. Antonio Muro sólo ha recibido de la Administración el fulminante e injustificable cese de empleo como Subdirector activo y Director en Funciones del Hospital del Rey, junto con el mante-

nimiento de su sueldo, único ingreso que ha venido puntualmente percibiendo de la Administración. A pesar de vulnerar claramente la legislación vigente sobre funcionarios, esta situación de suspensión de funciones permanece sin decidirse ni resolverse después de tres años de espera y varios cambios de gobierno. Posiblemente sea el único funcionario conocido en estado de suspensión indefinida y no fallada de funciones (por ahora lleva más de 3 años), motivada por el hecho de haber actuado heroicamente en una emergencia nacional, haber dicho la verdad a sus superiores y haber acertado en sus investigaciones sobre la forma de transmisión, características de la enfermedad, orígenes de la epidemia, etc. etc.

En el seno de una densa y virulenta campaña de descrédito que aún hoy en día colea (aunque cada vez con menos fuerza), el Dr. D. Antonio Muro ha .costeado enteramente de su bolsillo toda una intensa y extensa investigación epidemiológica, clínica toxicológica, Comercial-industrial, etc... desarrollando una profunda recopilación de información y de trabajo de campo que la han convertido sin duda alguna en el principal conocedor del tema.

Podemos atestiguar que posee una notable información (tanto la accesible como la teóricamente "no accesible") sobre los insospechados múltiples aspectos de la realidad extraoficial de la epidemia. Asimismo posee mucha mayor información sobre las erróneas hipótesis oficiales y su evolución que la que hemos podido encontrar en el Plan Nacional para el Sindrome Tóxico, el centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda, el Centro Superior de Investigaciones Científicas, Instituciones y Laboratorios nacionales e internacionales, etc. etc.

Ello ha sido debido a que, a diferencia de los científicos oficiales mercenarios:

1) Su aislamiento le ha obligado a centralizar y tener una visión de conjunto, y la ausencia de recursos y facilidades le han obligado a desplazarse, tocar, ver, preguntar y sobre todo pensar y reflexionar. A juzgar por lo que hemos visto tanto en la millonaria investigación oficial, como en la no dotada investigación extra-

oficial la principal característica diferencial que distingue al Dr. D. Antonio Muro es que este se ve obligado a PENSAR a TENER VISION DE CONJUNTO, a RECTIFICAR y a REFLEXIONAR, estas actividades tan insólitas en los burocratizados "especialistas" de nuestro tiempo, no pueden ser creados a base de recursos y de dinero y constituyen la verdadera clave del poder científico del Dr. D. Antonio Muro.

2) Un continuo flujo de aportaciones espontáneas, de fotocopias de documentos de todo tipo, de filtraciones sobre las actividades e intenciones de sus "adversarios" y sus "decididores", de observaciones de hechos y materiales significativos, etc. etc. le llegan, (sin haberlo pedido), a sus manos, procedentes de numerosísimos simpatizantes con su causa y su situación desde casi todas las provincias, instituciones, y niveles de la Administración, Sistema Judicial, actividad comercial e Industrial, pública y privada, afectados, prensa, etc.; Aunque nuestra lealtad para con la causa de este calumniado investigador nos impide citar nombres, es sorprendente, e incluso inimaginable, descubrir la altura, la internacionalidad y el cargo que ocupan parte de los subterráneos colaboradores y seguidores de la gesta del Dr. D. Antonio Muro, algunos de ellos externa y aparentemente investigadores o apoyadores de la verdad «oficial». Aunque nuestro creativo y honesto investigador ha ido desempeñando biográficamente su actividad, para muchos de sus colaboradores "de altura", su oculta ayuda representa en ellos la única desculpabilización posible compatible con el cargo que ocupan y su conocimiento de "la verdad" sobre un gravísimo tema.

3) A diferencia de sus adversarios científicos, el Dr. D. Antonio Muro no ha dejado en ningún momento de investigar y recomprobar el resto de hipótesis en las que no creía, que había abandonado y/o que se oponían especialmente al modelo causal que en su investigación venia confirmándose, tal y como es el deber del verdadero científico. Aun hoy en día por prurito metodológico, continua "dando su oportunidad" en las indagaciones, entrevistas y contrastes que pueda desarrollar, a cualquier otro vehículo,

tóxico, vía de distribución y penetración, etc. etc., en los que no cree, recibiendo consecuentemente continuas pruebas complementarias que documentan las inconsistencias de dichas hipótesis alternativas. Al haber sido el descubridor (y sugeridor en las comisiones científicas que seguían oficialmente la epidemia) del interés de investigar como vehículo candidato ciertos aceites distribuidos en los circuitos comerciales que se habían demostrado como sospechosos, al haber investigado pioneramente la composición y circuitos de estos aceites desde el 20 de Mayo de 1981 y al haber tenido que rechazar dicho presunto vehículo desde el 20 de Junio de 1981 (en pleno "boom" publicitario) en vista de las claras insuficiencias y contradicciones que sobre él se acumulaban, el Dr. D. Antonio Muro se ha sentido en todo momento vinculado y ha continuado recogiendo el máximo de información respecto a dicha ex-hipótesis, máxime cuando ésta se ha revelado como un insidioso tóxico ideológico que aun hoy se apodera y paraliza a la comunidad científica, judicial, asistencial y administrativa. Por paradójico que resulte debemos decir que la principal fuente de documentación sobre La histórica hipótesis del "aceite" no debe buscarse en el Plan Nacional para el Síndrome Tóxico, en el Centro Superior de Investigaciones Científicas, en el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, etc. etc., (es extremadamente pobre y desorganizada la información que estos centros poseen) sino en el Dr. D. Antonio Muro, principal objetador de la misma.

En cuanto al conocimiento que los poderes decisorios tenían de las investigaciones y conclusiones del cesado director en funciones del Hospital del Rey, y para que nadie alegue desconocimiento, voy a reproducir a continuación la lista que elaboraron los doctores citados, Martínez Ruiz y Clavera Ortiz, en agosto de 1984:

En concreto el Dr. D. Antonio Muro ha presentado la base de su investigación y la disponibilidad de su detallamiento en las siguientes ocasiones, a nuestro entender más que suficientes, para una respuesta que nunca ha recibido:

Al Secretario de Estado para la Sanidad Dr. Luis Sanchez-Harguindey le informó verbalmente:
- a diario durante Mayo y Junio de 1981
- semanalmente durante Julio y Agosto de 1981
- esporádicamente, siempre que el avance de las investigaciones lo hacía interesante, a partir de Septiembre de 1981
- Al PSOE, a través de D. Ciriaco de Vicente Martin hasta el 28 de Julio de 1981, y posteriormente ha sido informado D. Pablo Castellanos, presidente de la Comisión de Justicia del Congreso.
- A D Manuel Fraga Iribarne en su despacho de c/ Silva el día 14 de Septiembre de 1981 y al Senador por Orense encargado del tema del S.T.D. Julio Burriarán en el mes de Junio de 1984.
- Al Mº de Sanidad en reunión de más de 6 horas de duración el día 24 de Noviembre de 1981, el contenido completo de esta reunión fue registrado por el Ilte. Sr. Notario D. Antonio Fernández Golfín y a la que asistieron diversas personalidades de dicho Ministerio.
- A la comisión de Encuesta Congreso-Senado para el Síndrome Tóxico en varias sesiones durante Diciembre de 1981 y Enero de 1982, a la que se aportó todos los documentos que solicitaron cúyo contenido consta en el libro de sesiones de la citada Comisión y copia de todo ello se encuentra en el Sumario 129/81.
- Al Iltre. Sr. Juez D. Alfonso Barcala Trillo-Figueroa, el día 5 de Marzo de 1982, en forma privada.
- Al. Excmo. Sr. Fiscal de la Audiencia Nacional D. Miguel Ibáñez, lo días 10, 11 y 12 de Marzo de 1982.
- A la opinión pública, a través de artículos publicados en la sección de Tribuna Libre del periódico "El País" sobre:
- Alteraciones Neuromusculares en el Síndrome Tóxico.
- Alteraciones del sueño en el Síndrome Tóxico.
- Alteraciones de la Cronobiología en el Síndrome Tóxico.

Se prohibieron publicar otros dos artículos ya entregados sobre:
- La Osteoporosis en el Síndrome Tóxico.
- Filosofía de la Investigación en el Síndrome Tóxico.

Visto lo cual, ya no entregó más.

- Al. Iltre. Sr. Juez D. Alfonso Barcala Trillo-Figueroa del Juzgado de Instrucción nª 3, citado a requerimiento de la acusación particular (Sra. Paquita Sauquillo) los días 23 y 24 de Abril de 1983.
- Entrega al Iltre. Sr. Juez D. Alfonso Barcala Trillo-Figueroa, en propia mano, de "Plan de Investigación para encontrar al Agricultor", (cuyos productos dieron origen al Síndrome Tóxico). Entregado entre el 3 y 5 de Mayo de 1983.
- Entrega al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo D. Ernest Lluch con carta personal al mismo a través del Dr. Fernando Montoro de "Proyecto de Investigación sobre el origen del Síndrome Tóxico". Julio 1983.
- Al Juzgado de Instrucción nª 3: diversa documentación a requerimiento de la Policía Judicial, por orden del Sr. Juez en virtud de la solicitud de la evaluadora Dra. Susana Sans. Octubre de 1983.
- Conocen la investigación: El Ministro de Justicia Sr Ledesma y el Fiscal General del Estado Sr. D. Luis-Antonio Burón Barba, cuya hija Cristina Burón y nieta Idoya Castañón Burón, se encuentran afectadas por el Síndrome Tóxico. Junio 1984.
- Al Partido Comunista de España a través de D. Miguel Nuñez Pérez (del Partido Socialista Unificado de Cataluña) y de los parlamentarios comunistas de la Comunidad Autónoma de Madrid. Mayo 1984.
- A Convergencia i Unió (CIU) a través de D. Florentino Pérez, con el que contactó a través del químico Sr. J. Miguel Avendaño, al cual también informó ampliamente de sus investigaciones. Junio 1984.
- Al Partido Nacionalista Vasco (PNV) a través de distintos parlamentarios vascos. Junio 1984.
-Ha mantenido constantemente informado al Dr. Antonio Urbistondo Agrasot, (Director Provincial de la Salud de Madrid hasta hace 2 meses), desde el día 2 de Mayo de 1984, en que por ser el Dr. Urbistondo superior jerárquico del Dr. D. Antonio Muro, este le informó de la posibilidad de la existencia de una enfermedad nueva y probablemente del inicio de un epidemia, hasta la actualidad .

Ha mantenido informado constantemente al Ministro de Sanidad D. Ernest Lluch y al Subsecretario del Ministerio de Sanidad D. Pedro Sabando a través del Subdirector General de Establecimientos Farmacéuticos D. Fernando Montoro, aportándole documentación que demuestra los errores y fallos de los trabajos realizados por el Instituto Nacional de Toxicología y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda.
- Ha informado y suministrado información, siempre que se le ha solicitado, a los afectados por el Síndrome Tóxico a través de la Federación Provincial de Afectados de Madrid y a la Federación Nacional y siempre que algún resultado de la investigación tuviera interés.

Retrocedamos ahora al mes de julio de 1981. En aquella fecha el Dr. Muro distribuyó suficientemente, por ejemplo al Dr. Antonio Urbistondo Agrasot, director de Salud de la Delegación Territorial de Sanidad y Seguridad Social de Madrid, y a otros dirigentes de Sanidad, una relación de 16 puntos, que a él le indicaban que el aceite no podía ser en modo alguno el causante de la epidemia. Son éstos, en la propia formulación del Dr. Muro:

«1. Si es el aceite, ¿cómo se explica la discriminación intrafamiliar? Esto es, parece ser que es muy rara la afectación de toda la familia; siempre permanecen invulnerables alguno o algunos de los miembros. Por lo que, dado que el aceite es consumido por todos, o bien no es el aceite el culpable, o existen diferentes sensibilidades en unas personas, o diversas resistencias en otras, por lo que convendría saber qué estudios se han realizado en este sentido, por quién, a qué grupos familiares y en qué establecimientos.

»2. ¿Cómo se explica la discriminación interfamiliar? Intrafamiliar es dentro de la familia, en la composición de la familia; interfamiliar es entre familias, la discriminación que la enfermedad hace entre familias. Pues es conocido que el "garrafista" ha vendido a lotes completos de vecinos, y solamente han enfermado los del 2º F, los del 7º C y los del 1º B, mientras que el resto permanecen sanos, a pesar de que las garrafas se habían llenado en el mismo momento, del mismo tanque, y fueron vendidas en el mismo día.

»Luego, hay otra cosa muy importante y es que en toxicología, si te enfrentan a un tóxico nuevo y no has tenido un proceso de mitridatización, no hay resistencias, al igual que no hay un período de incubación, porque no estamos hablando de seres vivos que tengan que multiplicarse, sino que estamos

hablando del enfrentamiento a un tóxico, vamos a llamarlo, a un veneno; y si ahora repartimos aquí una taza de café con estricnina o tenemos una toxina estafilocócica, u otra, nos afecta a todos en proporción a la dosis consumida, y se libra aquél que no lo haya consumido; esto pasa con todos los tóxicos en general, esto es normal. Entonces hay unos conceptos de cuando se creía que era una cosa bacteriológica, que puedes pensar en una incubación, en una reproducción, del agente... a cuando se pasa a creer que es un tóxico en el que tienes que prescindir, por ejemplo, de reproducciones del agente, y entonces ya sólo influye la dosis del tóxico.

»3. ¿Cómo se explica que sea cierto que todas las familias con enfermos hayan consumido aceite de garrafas sin etiquetas, pero desde hace más de diez años y procedentes de fábricas diferentes, de localidades diversas, con mezclas distintas, y que no llevan todas en su composición aceite de colza; otras se componen de granilla de uva, otras de girasol o cárcamo, algodón, trioleínas o palmito, lo que indica muy variadas mezclas con solo el hecho común del envase en garrafas de casi cinco litros, sin etiqueta, cuyo consumo es costumbre inveterada en los barrios periféricos de Madrid y en las localidades periféricas de su alrededor?

»4. ¿Cómo se explica el gran número de aceites consumidos por familias con enfermos que se han conseguido recuperar de la garrafa culpable, pero cuyo análisis ha evidenciado que son aptos para el consumo humano por no contener sustancias tóxicas, como acreditan los análisis realizados en los centros competentes?

»5. ¿Cómo es posible —si el aceite es el culpable— la existencia de familias con afectados que no han consumido jamás estos aceites, sino otros embotellados por marca conocida y acreditada?»

Permítaseme aquí un inciso para indicar que así consta por ejemplo en el Sumario una relación de afectados que consumieron aceite de la marca Dintel y otras, no sospechosas de toxicidad.

También, en la acusación particular, figura el caso de una mujer que murió a causa del síndrome tóxico, y que mantuvo inamovible su afirmación de que jamás probó aceite del presuntamente tóxico, hasta el punto de que antes de morir legó todo su dinero con la finalidad de que sirviera para el estudio de las causas reales de la intoxicación.

Otro caso destacado es el de la mujer del abogado José Merino Ruiz, María-Concepción Navarro Hernández, fallecida igualmente en el verano de 1981 a causa del síndrome tóxico, y que mantuvo firme su opinión de que no

consumió el aceite tóxico, entre otras razones porque llevaba muchos meses enferma de este síndrome cuando aparecieron los primeros casos "oficiales» en mayo de 1981. ¿Cómo iba a poder achacarse su caso a la fantasmagórica partida de aceite presuntamente tóxico que se cobraba sus también presuntas víctimas puntualmente en la primavera de 1981, y no antes?

Dicho sea de paso que este caso es el que propició el que —por habérselo pedido así el abogado José Merino Ruiz— el catedrático de Medicina Legal y director del Instituto de Ciencias Forenses de Sevilla, Dr. Luis Frontela Carreras, al practicar la autopsia a la fallecida, se interesara por el origen auténtico del síndrome tóxico. Puesto que, a pesar de haber enfermado muchísimo antes de la comercialización de la partida presuntamente tóxica de aceite, el dictamen del Dr. Frontela establece que «los hallazgos macroscópicos de autopsia y los análisis de vísceras de María-Concepción Navarro Hernández son coincidentes con los de otros fallecidos por el llamado "síndrome tóxico"». También para el Dr. Frontela, el origen de la gravísima intoxicación masiva radica en los organofosforados.

Cabe tener muy presente igualmente el Estudio sobre el "síndrome tóxico» publicado el 15 de enero de 1982 por el Centro Municipal de Salud del Ayuntamiento de Getafe. Puesto que en él se destaca que quince afectados del síndrome tóxico en aquel municipio mantienen e insisten en que no tomaron aceite tóxico, ni de marca ni a granel.

El epidemiólogo inglés Sir Richard Doll, que se marchó de Madrid en olor de aplausos multitudinarios de un amplio sector de afectados que mantienen que los industriales aceiteros acusados les envenenaron, por haber defendido durante su comparecencia ante el tribunal que el aceite de colza desnaturalizado fue efectivamente el causante de la tragedia, dijo el 7 de julio de 1987 que si había un solo afectado que no hubiera consumido aceite adulterado, él debería revisar su dictamen. Creo que acabamos de ver a unos cuantos de estos afectados que, a fuer de sincero y honesto, deberían invitar al epidemiólogo inglés a revisar efectivamente su dictamen.

También dijo Sir Richard Doll el día anterior categóricamente: «Afirmo que el aceite adulterado con anilina fue la causa del síndrome tóxico, pero ignoro el efecto químico que provocó la reacción». Más adelante hablaremos de lo que sobre la inocuidad de estas anilinas opinan otros científicos. Si Sir Richard Doll reconoce que ignora el efecto químico del supuesto tóxico, está diciendo que su argumentación de culpabilidad está basada en datos exclusivamente epidemiológicos. También analizaremos mas adelante cómo los datos —supuestos datos— epidemiológicos que tienden a culpar al acei-

te de colza, se diluyen en un análisis objetivo de la misma forma que se diluyen los castillos de arena cuando el oleaje arrecia en las lindes de la playa. Pero regresemos a las argumentaciones del Dr. Muro:

«6. ¿Cómo se explica que aparezcan productos de la biotransformación del tóxico en los enfermos, que no pueden tener relación química alguna con los tóxicos detectados en los aceites?

»7. ¿Cómo se explica que las dosis a que se encuentran los tóxicos en el aceite, habida cuenta de que el aceite, medio posible de consumo diario, no alcanza ni con muchísimo la dosis tóxica, v sin embargo se les atribuye el origen de la enfermedad?

»8. ¿Cómo es posible que los cuadros clínicos que producen los tóxicos detectados no se parezcan en nada al que nos ocupa, que es un proceso nuevo, y los tóxicos encontrados son utilizados de antiguo, y estas mezclas son conocidas desde hace mucho tiempo?

»9. ¿Cómo es posible que enfermen cuatro familiares a primeros de mayo, que al ser ingresados dejan de ingerir el aceite, y las tres cuartas partes restantes de la garrafa sean consumidas por el resto de los familiares (porque hasta el 10 de junio no se sabía que era el aceite), y sin embargo estos familiares permanezcan indemnes?

»10. ¿Cómo es posible un fraude comercial económico, en un producto con márgenes muy estrechos, que se realiza con la adición de cien productos químicos tóxicos, que tienen un elevado precio en el mercado? —Esto es lo que se decía en la época en que el Dr. Muro elaboró estos 16 puntos.— ¿No sería más lógico que no se sabe lo que ha sucedido? Que por otra parte es muy sencillo: simplemente una desnaturalización con un colorante, una decoloración y una recoloración mediante conocidos sistemas en los medios aceiteros. (Porque una de las cosas que hicimos, era preguntar cómo se desnaturalizaba, cómo se renaturalizaba, cómo se añadían los colorantes; teníamos los albaranes de quién los había vendido; nos cupo una duda, cuando sabíamos por ejemplo que habían sustituido con amarillo-naranja el betacaroteno y que el suministrador les dijo que era igual y que se lo ponía al mismo precio. No sabíamos lo que era esto, ni hubo forma de averiguarlo, así al principio, y entonces nos quedaba la duda de si fuera ése el tóxico; cuando luego supimos la composición pues ya no hubo problema. Y en cuanto a la primera denominada acetil-anilida, eso era imposible, porque no podía ser tóxico, porque además suponía la unión de una amina, la anilina, con el ácido acético del vinagre, que no tiene nada que ver; eso fue un error, como luego se reconoció por los de Aduanas. En cuanto a la oleoanilida que es una sustancia inerte, que se ha usado para muchas cosas como la linoleoanilida, que es el aceite linoleico más importante de la colza, que se ha usado por ejemplo en el tratamiento de la hipercolesterolemia en el Japón, como dijeron los americanos con la bibliografía que aportaron. Vamos a no hablar de eso porque no merece la pena.)

»11. ¿Por qué no enferman o mueren los animales domésticos de las familias afectadas, que se han nutrido de los restos de los alimentos, mientras aseguran en Majadahonda que los ratones, animales muy resistentes, mueren con gravísimas lesiones hepáticas, renales, cerebrales y de toda su economía?»

Permítaseme aquí otro nuevo inciso para aplicar la circunstancia recién aducida por el Dr. Muro a la pretendida discriminación intrafamiliar —entre los miembros de una misma familia— de la afectación por razones de supuestas diferencias genéticas. ¿Es que acaso existe mayor diferencia genética entre los miembros de una misma familia que entre un miembro de la misma y un ratón de Majadahonda?

«12. ¿No será que nos encontramos ante uno mas de los fraudes existentes en los alimentos, pero que no tiene nada que ver con la causa de esta epidemia?

»13. ¿Qué estudios se han realizado sobre la excreción o eliminación de metabolitos o productos de desintegración que permitan detectar la biotransformación del tóxico y quizás hasta inferirle en lágrimas, moco nasal, orina, heces, exudado vaginal, leche materna o sangre?

»14. ¿Qué estudios de detección del tóxico se realizan en los enfermos y cadáveres, por qué personas, dónde y en qué establecimientos y sobre que grupo de enfermos, y qué resultados se han obtenido hasta ahora?

»15. Al parecer ha habido enfermas con embarazo de pocos meses en los que se han producido muertes intra útero. Interesa conocer: cuántos han sido; si los estudios realizados sobre estos abortos —ya que el material fetal es muy interesante— pues permiten conocer la agresividad y selectividad de la sustancia tóxica sobre los tejidos embrionarios. (Me consta la donación de un feto de éstos por un matrimonio, con el que he estado, en San Sebastián de los Reyes, y sobre ese feto, que yo sepa, los trabajos que se han realizado, eran de otro tipo.)

»16. ¿ Qué seguimiento se realiza a las embarazadas enfermas? ¿ Se ha concentrado la actuación en un solo lugar? ¿Dónde? ¿Cuál ha sido el equipo designado para los cuidados y estudios de embarazos, partos y edades posteriores?»

Lactancia organofosforada: una prueba definitiva

El 7 de abril de 1987 el catedrático de Medicina Legal y director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la universidad de Sevilla, Luis Frontela Carreras, me dijo en la antigua Academia de Policía de Canillas: «Aquí la única prueba que sería indudable y yo diría que la única prácticamente, es el aislamiento del tóxico en las vísceras de los fallecidos».

Dado que esta enfermedad entra en el organismo por vía digestiva —en esto ya están todos absolutamente de acuerdo—, idéntica prueba indudable, definitiva, se obtendría si se pudiera aislar el tóxico en el único alimento consumido por alguno de los afectados. Para el caso, la leche materna ingerida por un lactante. ¿Se dio este caso? Vamos a verlo.

> *«Otros casos comprenden la aparición del SAT —Síndrome del Aceite Tóxico: denominación, insisto una vez más, absolutamente tendenciosa cuando aún no se ha esclarecido qué es lo que causó el síndrome— en un lactante criado por una madre con SAT. Aunque al parecer es un fenómeno aislado, este caso es de evidente interés, ya que sugiere la transmisión por la leche materna de la toxina de que se trate.»*

Esta cita está recogida en la sección «Estudios de casos» del apartado «Epidemiología» del capítulo «Debates en subgrupos», del informe de la OMS El síndrome del aceite tóxico: Intoxicación alimentaria masiva en España (Copenhague y Madrid. 1984), que refleja lo tratado en la reunión de la OMS en Madrid en marzo de 1983.

En su trabajo La intoxicación epidémica de la primavera y verano de 1981 en España, entregado en enero de 1982 a la Comisión de Encuesta Congre-

so-Senado para el Síndrome Tóxico, el cesado director en funciones del Hospital del Rey en Madrid, escribe por su parte:

«La estabilidad de la molécula del tóxico, su lipofilia v la complejidad de la misma hacen muy difícil la eliminación, que se tiene que realizar en forma muy lenta, a base de que procesos de oxidación e hidroxilación alteren la composición primitiva en moléculas más sencillas que el organismo sea capaz de eliminar por los emunctorios naturales. La liposolubilidad hace que se excrete con la leche cuando la intoxicación afecta a madres lactantes, pues la mama en esos momentos tiene una aumentada circulación sanguínea, el órgano está mucho más irrigado y la síntesis láctea exige una gran riqueza de sustancias grasas. Las investigaciones realizadas en leche de mujer enferma demostraron la presencia de lo que denominaron "un insecticida organofosforado", al que no atribuyeron ninguna relación con el proceso porque buscaban exclusivamente oleoanilidas o sus derivados. »De ser esto cierto, ¿dónde está el espíritu y el rigor científico de los investigadores oficiales que con dinero público —de todos nosotros— debían llegar al fondo real de la cuestión? ¿A determinar el tóxico que causó la epidemia y por lo tanto encauzar la curación efectiva de los afectados?

El Dr. Antonio Muro Aceña me amplía detalles: «En La Paz una recién nacida con veinte días, que sólo se ha estado alimentando de leche materna, solamente en lactancia materna, era una paciente del síndrome tóxico. Bueno, pues esa niña, que se lo ha callado todo el mundo, sólo tomaba lactancia materna y tenía el síndrome tóxico. Entonces dijeron: "¡Ya está! ¡Ya hemos descubierto el síndrome tóxico! Cogemos, ordeñamos a la madre, analizamos la leche y va tenemos el producto del síndrome tóxico." Se saca la leche, analizan y ¿qué descubren? Descubren que lo único que tenía eran organofosforados. Pero claro, no les interesa v dicen que esto fuera: "No lo podemos descubrir." ¡Anda qué bien! O sea que una niña que sólo se alimenta de leche materna, que lo único que tiene la leche son organofosforados, y me dicen que no es nada y que esto no es el síndrome tóxico. Oiga: está muy bien. Esto estamos aún donde me oyes por mayo o junio de 1981. Cuidado, porque ya se está diciendo lo de los organofosforados y demás. Y dijeron: "Miren, pues esto no son, como dicen que son organofosforados y por el aceite no hemos encontrado los organofosforados, pues no son los organofosforados. " Oiga: ¿no será que no es el aceite? Porque la niña está tomando esto, y si la niña ha enfermado, no enferma del aire».

El caso vuelve a aflorar en una carta que por lo demás no tiene desperdicio.

Se la envía con fecha 6 de junio de 1982 el Dr. Fernando Montoro Jiménez, del PSOE y de la UGT —que medio año más tarde sería nombrado subdirector general de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica—, al secretario del área de Acción Social del PSOE y diputado socialista a Cortes por Murcia. Ciriaco de Vicente. Presten atención:

«Querido Ciriaco: he leído el informe sobre el envenenamiento masivo para utilizarlo en el debate del día 8. Te manifiesto que, aun poniendo mis cinco sentidos y toda mi buena voluntad me ha sido imposible la corrección de dicho panfleto. Además de tener una redacción enrevesada, poco castellana y mala, los conceptos científicos están tan equivocados que impiden la corrección, si no es cambiándolo todo. Hay un desconocimiento de lo que es la investigación y de cómo debía haberse tratado el problema. Hay una cosa básica: de las reuniones de la Comisión Científica de los viernes en el Ministerio de Sanidad —yo he asistido a todas— puede afirmarse que, a nivel científico, hoy se duda que el aceite sea la causa del síndrome. Los estudios epidemiológicos han sido un desastre. En un aceite, el alarmarse por no cumplir más especificaciones es normal, porque ya era sabido desde años que se mezclaban y se adulteraban, y no se nota por su líquido como la leche. Los sólidos forman dos fases y no es fácil mezclarlos. Este "follón" ha sido útil para poner en el tapete el fraude alimentario, pero nada más. Lo que sí hay claro es que ha sido una intoxicación alimentaria. Y yo me pregunto: cuando hubo intoxicación en niños de pecho, se analizó la leche, la madre se inventó que echaba aceite en la papilla, para cobrar. La leche materna, buscándole "oleoanilidas" y no se encontraron. Se encontraron residuos de insecticidas. Se descartó esta idea porque no se habían encontrado en el aceite. ¿Y si no fuera el aceite? ¿Y si fuera un nematicida que al añadirlo a los vegetales los metaboliza produciendo otros compuestos más tóxicos que el propio insecticida y que son los que verdaderamente se ingieren? ¿y si el nematicida es de una multinacional que se ha gastado miles de millones en retirarlo de los consumidores y comprarles las cosechas de tomates en pueblos de Toledo? Hay todavía conservado un frigorífico y, a nivel privado, en Primero de Octubre de Puerta de Hierro, suero de enfermos y muestras que podrían aclarar muchas dudas en un espacio corto de tiempo, pero organizándose bien científicamente. Muro falló en la manera de decir las cosas: cebollas, pepinos, pimientos, tomates, etc., pero su estudio epidemiológico fue el mejor, no digo bueno porque ha trabajado solo. Como siempre estoy a tu disposición para lo que quieras. Se podría hacer otra redacción del documento entre varios; por ejemplo, por Conchita, Corralero. Es del partido pero no le escu-

chan. Algunos, Emilio Muñoz, Muro, si quieres o quieren, etc. Mucha suerte, salud y un fuerte abrazo. Fernando. »

Un letrado pidió la inclusión de esta carta en la Causa que se está siguiendo en la Casa de Campo. A lo que el Sr. Presidente contestó: «Señor Letrado: se tiene por hecha la manifestación, pero no ha lugar a la unión a los Autos. Prosigan».

Durante mi estancia en Fuenlabrada, se me ocurrió preguntarles a los integrantes de la directiva de la asociación de afectados FUENTOX si —en cuanto asociación— estaban políticamente comprometidos en algún sentido. La respuesta vino por boca de su presidente Manuel Henares García:

«Nuestro ideal en principio es apolítico, totalmente. Pero sí podemos comentar una anécdota que fue muy curiosa, que por eso me alegro de que hagas esa pregunta en cierta forma: es que aunque somos apolíticos, en un momento se nos aconsejó políticamente, que la única forma de sacar el síndrome adelante, era que alguien de los directivos o de las personas que en cierta forma íbamos a mover esto nos convenía estar políticamente metidos en un partido. Pero que en principio se nos aconsejaba el Partido Socialista Obrero Español. De hecho te puedo decir que sí hemos —algunos— caído en la trampa. Concretamente yo, no me importa decirlo, caí en la trampa.»

«¿Quién os lo propuso?»

«Nos lo propuso Ciriaco de Vicente, concretamente en la sede de la asociación que teníamos antiguamente. Pues caímos en la trampa cuatro o seis compañeros, y después cuando hemos presentado cara sobre ese problema, que han visto que estábamos enclavados en el PSOE, y han visto que somos, no niños rebeldes, sino que no tragamos por lo que el partido quiera meternos, se nos expulsa, diciendo que no acatamos los estatutos del Partido Socialista. No los podemos acatar, porque una cosa es que nos metan manipulados, y otra cosa es que quieran que juguemos con la enfermedad de las personas. Yo en ningún momento me oculto de decir que sí, que he pertenecido en un momento, pero que no va a jugar nadie con la salud de mis compañeros, ni con la mía propia, ningún partido político. Podemos decir que también recibimos ofertas de Alianza Popular, del Partido Comunista... y a todo el mundo le hemos dicho lo mismo: que para escarmiento hemos tenido bastante con uno, y que ya no queremos ningún tipo de partido político. Por eso esta junta directiva ha respetado siempre y respeta el ideal libre y la opinión de cada afectado y cada directivo.

No asociación política, porque en los estatutos consta así. Ves un poco lo que es la presión, la organización, el buen consejo... Yo también te puedo decir que en aquella época en que me enclavé en el Partido Socialista, yo tuve una invitación de Ciriaco de Vicente, para proponerme como concejal o delegado del Ayuntamiento, dentro de las filas socialistas. Renuncié a ello, porque sabía que era una manipulación. Que en cierta forma trataba de comprársenos. No, es que el Partido Socialista ha hecho mucho daño al afectado, en todos los sentidos. Desde ponernos las cosas bonitas cuando estaba en la oposición, a destruirnos totalmente cuando está en el poder.»

Son palabras del presidente de la asociación de afectados FUENTOX, de Fuenlabrada, que no constituyen más que una ínfima parte del intrincado problema que representa en estos momentos la casi inabarcable bola de desatinos e intereses que desde el 1 de mayo de 1981 ha venido generando el envenenamiento objeto de este libro.

Pero no perdamos de vista la grave responsabilidad que emana del problema principal de este capítulo: al haberse descartado el aceite como causa del envenenamiento —no por parte de la Administración, ya lo sé, pero sí por parte de científicos que aplicaron la lógica a sus investigaciones, y que además comunicaron sus avances una y otra vez a la Administración—, y detectarse vestigios de pesticidas organofosforados en la leche que constituía el único alimento que desde su nacimiento había ingerido una lactante afectada del síndrome tóxico, se debía de haber investigado con todos los medios disponibles y con carácter de máxima urgencia, la vía y forma en que un organofosforado podía haber causado el envenenamiento masivo. Tirar del hilo hasta llegar al ovillo. En beneficio de los enfermos que aún esperaban una curación efectiva. La Administración lo hizo en secreto, a espaldas de sus administrados, vía servicios de inteligencia. El antiguo director en funciones del Hospital del Rey estaba sobre la pista cuando murió. Como también murió demasiado pronto el hombre que, como ya dije, posiblemente mejor informado estaba sobre las turbias y profundas aguas de este asunto, cual era Juan José Rosón.

Los catalanes son genéticamente distintos

Miércoles, 29 de julio de 1987. Casa de Campo, Madrid. Sesión de tarde.

Letrado de la Defensa: «En Cataluña no ha habido enfermos; este es un hecho comúnmente aceptado, generalmente aceptado. En los aceites del circuito catalán han aparecido anilidas y en proporción semejante y en algún caso superior a los aceites intervenidos en el resto del país. Lo que excluye un proceso de refino distinto o más eficaz por la utilización de ácido clorhídrico. ¿Cómo explican los señores peritos el hecho de que teniendo los aceites de ambos circuitos, catalán y castellano, anilidas —esto es: el mismo pretendido marcador de toxicidad— un aceite se relacione con el síndrome tóxico y el otro no? ¿Es debido a una distinta composición genética o reacción sensible de catalanes y castellanos? ¿O, por el contrario, debe concluirse que las anilidas no sirven como marcador de toxicidad? ¿O sólo sirven en Castilla añadidas a otro elemento, que sería el auténtico marcador, y por tanto la conclusión ha de extenderse a que los aceites de Cataluña no son tóxicos aunque contengan anilidas?» [murmullos] [pausa].
Sr. Magistrado Ponente: «Habrá que entender como catalanes los que residen en Cataluña, y como castellanos los que residen en Castilla» .
Palabra que no me lo invento: consta así en la hoja n.° 10.298, transcripción de la cinta n.° 378 del Juicio oral correspondiente al Sumario 129/81 del Juzgado Central de Instrucción número 3.
Como consta ante notario el siguiente estudio de la Dra. María Jesús Clavera Ortiz, que había sido miembro de la Comisión de Investigación Epidemiológica del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico de Presidencia del Gobierno:

«Circuito catalán de comercialización de aceite fraudulento.

»Atención especial merece el circuito catalán de comercialización de aceite fraudulento por sus características tan paradójicas con respecto a la epidemia del síndrome tóxico, características que de por sí solo ya refutan la hipótesis del aceite fraudulento como vehículo del tóxico que causó el citado síndrome tóxico.

»Durante el año 1981, se distribuyó en Cataluña aceite fraudulento de composición semejante al distribuido en la región central, por ello también fue declarado como aceite tóxico en aquel entonces.

»Este aceite estaba pues compuesto de: aceite de colza, grasas animales, semillas y anilina / anilida en cantidades variables.

»La cantidad de aceite comercializado fue superior a 350.000 kg. La venta se realizó a granel y también envasado con marcas como: El Olivo, Framar, El Germinador, Regalim, Oleoli, etc., todas ellas incluidas en las listas oficiales de marcas de aceites tóxicas que se publicaron en el verano de 1981, y todas ellas con análisis realizados coherentes con lo expuesto.

»El aceite de semillas en el que estaba incluido el aceite de colza desnaturalizado (ACD), fue suministrado a todas estas marcas por la empresa Alabart Hnos. (actualmente procesado).

»Se deduce que Alabart adquirió este ACD a Salomó, aunque no existe evidencia documental de estas ventas.

»Motivos que hacen suponer dicha relación comercial:

»1. Los dos alquilaban la refinadora y los depósitos de ALGEASA (refinadora Sabater) en Reus.

»2. El aceite suministrado por Alabart contenía anilina / anilidas. (Esto lo relaciona con RAPSA y sólo puede ser a través de Salomó.)

3. Salomó adquiere sólo en el año 81, 340 Tm de aceite de ACD a Rapsa. Sólo justifica la venta de:

67.240 kg a Aceites Valencia
40.348 kg a GIRESA
70.000 kg en el depósito de Montmeló (Vallés Oriental)

177.588 kg

Falta pues justificar 160.000 kg (340.000 - 177.588) de ACD que fueron los que dijo haber almacenado en Refinería Sabater (compartida con A Alabart).

»Por estas razones suponemos que Alabart comercializó en Cataluña al menos 160.000 kg de aceite de colza desnaturalizado a partir de marzo 81, que mezclado con otras semillas totalizan 350.000 kg aproximadamente de aceite fraudulento.

»Pese a haber sido distribuida toda esa cantidad de aceite y haberse vendido al público durante varios meses de 1981, no se tiene constancia de la existencia de ningún afectado original de la zona catalana .

»Pero lo más sorprendente del caso es que una de estas marcas, concretamente Aceite El Olivo comercializado por Aceites Fena (Florencio Feijóo y Francisca Navarro, San Baudilio de Llobregat, Barcelona), fue también distribuido en Castilla, sobre todo en Madrid capital y poblaciones limítrofes; pues bien. este aceite oriundo de Cataluña, donde allí no provocó ningún afectado, al ser consumido en Madrid provoca afectación. ¿Es posible que las partidas destinadas a Castilla sean tóxicas y las que se quedan en Cataluña sean inocuas? (?)

»De nuevo volvemos a ver cómo Cataluña queda amparada misteriosamente de padecer el síndrome tóxico al consumir un mismo aceite . »

Más adelante, en sus «Conclusiones», la Dra. Clavera insiste:

«Así como los mismos aceites sospechosos de Rapsa parecían perder su toxicidad tan pronto se trasladaban fuera de la región central, nos encontramos también con paradojas inversas:

»No sabemos cómo pueda justificarse el hecho de que un aceite comercializado por una industria catalana (aceites Fena), distribuido abundantemente en Cataluña, sin conocer ningún afectado en dicha zona, tan sólo al ser distribuido en Castilla (concretamente en la provincia de Madrid) provoque automáticamente afectados. ¿Es que el lugar geográfico en que se consume un mismo aceite tiene al parecer más poder tóxico que el propio contenido del mismo? Sólo puede haber una explicación para estos "misteriosos hechos" como muy bien he dejado entrever: la afectación del síndrome tóxico no tiene en realidad nada que ver con ningún contenido de ningún aceite, sino con algo muy coherentemente relacionable con el lugar geográfico donde se extendió la epidemia, algo que exclusiva y necesariamente fue consumido en esta área, sólo dentro de las familias afectadas y sólo por los miembros afectados.»



¿Destrucción de pruebas?

Retrocedamos ahora al momento cronológico en el que habíamos dejado nuestras secuencias del avance de la investigación.

El 23 de abril de 1987, a las 5 de la tarde, acudo en compañía del presidente y de la vicepresidente de la asociación de afectados de Fuenlabrada, FUENTOX, Manuel Henares García y Pilar Pans González, y de dos periodistas de Antena 3, a la cafetería del hotel Palace de Madrid. Habíamos quedado citados allí con el ex-ministro Jesús Sancho Rof, para una entrevista privada. A una pregunta mía de si conocía a determinado médico, me contestó que él jamás había hablado del síndrome tóxico (a nivel profesional, en la época en que fue ministro de Sanidad del gobierno de (Calvo-Sotelo), «con nadie por debajo de Valenciano». Se refería, naturalmente, al Dr. Luis Valenciano, en aquel entonces director general de Salud Pública. Pero su afirmación no respondía a la verdad. Horas después se la comenté en su casa al antiguo jefe de Sanidad de Torrejón de Ardoz, el Dr. Juan Raúl Sanz:

> *«¡Uy, por Dios! —exclamó— Si el día 27 o 28 de julio del 81, desde las 10 de la mañana hasta la 1 de la tarde estuvimos con él reunidos Granero —se refiere al Dr. Vicente Granero que, al igual que él mismo, formaba parte entonces del equipo de investigación del Dr. Muro— y yo— nos dedicó tres horas a nosotros y le explicamos toda la epidemiología, de que no era el aceite, de acuerdo con las investigaciones que habíamos hecho. Se lo conté yo con Granero (Muro estaba al tanto de la conversación porque nos mandó él). Le llamamos el día anterior desde Alcorcón, y se puso él personalmente; que nos extrañó el que el ministro, al decirle que era el jefe de Sanidad de Torrejón, se pusiera él.»*

Es importante retener el dato de que en la última semana de julio de 1981 el ministro de Sanidad Jesús Sancho Rof fue puntualmente informado de todos los pasos dados hasta entonces por el Dr. Muro y su equipo, y de las conclusiones a que habían llegado, así como la marcha de sus investigaciones. El propio Dr. Muro menciona este contacto durante su intervención en el ministerio de Sanidad el 24 de noviembre de 1981:

«Os quiero decir que el 28 de julio nuestro equipo informó al ministro de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, don Jesús Sancho Rof, de todos los trabajos realizados por nosotros hasta aquella fecha. Entonces se le solicitó al señor ministro que nos suministrara, la Escuela de Medicina Legal, que también está haciendo trabajos para nosotros, unos cadáveres. Esto se lo comunicó a don Luis Sánchez-Harguindey. Dejamos pasar el mes de agosto. El 2 de septiembre —que le hablé yo de todas las investigaciones a don Luis Sánchez-Harguindey— estuvimos hablando de la posible utilización de cadáveres... quedó en llamarme; no me llamó. Le volví a llamar el 9 de septiembre y dijo que como la Comisión Científica le aseguraba que estaba en el aceite, que era el aceite y que no era más que el aceite, pues que nada.»

Total, que al Dr. Muro, que se harta de comunicar sus investigaciones, que está demostrando haber llegado siempre antes que los demás, que está en vía correcta para llegar al tóxico real que causó el envenenamiento, se le niega el material de investigación que está solicitando, una vez más. ¿Qué es lo que se intenta que el Dr. Muro no descubra?

Mas aún: ¿que es lo que se intentaba hacer desaparecer con el aceite que se iba a inutilizar? ¿Acaso las pruebas que evidenciaban que este aceite no era tóxico?

Efectivamente, con fecha ya tan temprana como lo fue el 27 de julio de 1981, el Juez Instructor del Sumario 129/81, Alfonso Barcala Trillo-Figueroa, dictó una providencia autorizando la destrucción de la mayor parte del aceite presuntamente tóxico. ¿Cómo podía autorizarse la destrucción de la prueba capital de este asunto, como es el arma presuntamente culpable—según la tesis oficial—de la muerte de cientos y de la enfermedad de miles de españoles?

Las presiones ejercidas por algunas asociaciones de afectados (principalmente FUENTOX de Fuenlabrada y 1° de Mayo de Móstoles, encuadrada ésta en FACSINTO), y las pertinentes solicitudes de los letrados defensores de los hermanos Bengoechea, fructificaron finalmente al acordar la Sala la paralización de las operaciones de remoción y destrucción del mencionado aceite, que de lo contrario habría sido exportado tal y como estaba previsto a Dinamarca, para ser destruido allí por la empresa especializada Kommune-

kemi. El consejero de la Real Embajada de Dinamarca en Madrid, así lo comunica en carta fechada el 20 de noviembre de 1986:

La paralización del proceso de destrucción de grandes partidas del aceite sospechoso, proceso solicitado como dije por el Juez instructor, se debe en parte a la oportuna intervención del Fiscal, que con fecha 29 de septiembre de 1986 se dirige en estos términos a la Sala:

KONGELIG DANSK AMBASSADE
REAL EMBAJADA DE DINAMARCA
MADRID

FUENTOX
Asociación de Afectados por el
Aceite Adulterado u otros
c/Colombia, 31
FUENLABRADA (Madrid)

CLAUDIO COELLO, 91-4°, 28006 MADRID
TELEFONO: 431 84 45
TELEX: 27285
DIREC.TELEGRAFICA: AMBADANE.

gennemslag copia — bilag anejo — J. nr.: Ref.: 042-15 (Cítese en la contestación) — Dato Fecha 20/11-1986

Muy Sres. nuestros:

Refiriéndome a sus escritos del 30 de octubre y 18 de noviembre respectivamente sobre la posible destrucción en Dinamarca del aceite español intoxicado me permito comunicarles lo siguiente:

La Dirección General de Medio Ambiente en Dinamarca recibió el día 3 de noviembre un escrito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con fecha 28 de octubre, en el cual el Director General de Servicios de este Ministerio informa que: '' por decisión del Tribunal de justicia español, con competencia en el sumario en que está implicado dicho aceite, se ha desautorizado, por ahora, la salida del producto de España y su destrucción, por considerarlo prueba en proceso pendiente, debido a esto, la operación prevista no se llevará a cabo por el momento''.

Atentamente,

Peter Ivertsen
Consejero

«Como de lo que se trata es de la destrucción de unos géneros que, "a priori" y sin perjuicio de examinar caso por caso su procedencia y a qué titulares (acusados o no) fueron recogidos, pueden tener trascendencia tanto por lo que se refiere a su virtualidad como muestras de la intoxicación masiva, como por lo que atañe a su importancia como existencia patrimonial a los efectos de su afección a las distintas piezas de responsabilidad civil; y como para tal destrucción de unos géneros a los que alcanza la consideración del cuerpo del delito (artículo 334 y 338 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) se hace precisa una resolución judicial al efecto (párrafos 1°, 2° y 4° de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) y si bien consta que el Juez instructor dictó una Providencia con fecha 27 de julio de 1981 autorizando dicha destrucción, tal Providencia debe ser sustituida ahora por otra que dicte la Sala y tenga en cuenta la trascendencia de los motivos expresados a efectos probatorios y de Responsabilidad Civil.

«Por ello procede:

»1. Con carácter inmediato, oficiar a la Comisaría General de Policía Judicial para que paralice las operaciones de remoción y destrucción del aceite contenido en los depósitos de Guadalajara, Arganda y Villaverde, por constituir tales existencias instrumento y efecto del delito.

»2. Dictar resolución inmovilizando tales existencias hasta tanto se dicte Sentencia en la Causa.»

Los que más aceite toman, son los menos afectados

Después de que en julio de 1981 el Dr. Muro es escuchado pero desoído por los máximos responsables del Ministerio de Sanidad, y después también de que el Juez instructor autorizara la destrucción de gran parte de la supuesta prueba del delito, se descubre en agosto de aquel mismo año que aquellos que ingieren mayor cantidad de aceite sospechoso, son los que por ende resultan menos afectados. Ya expusimos con anterioridad que precisamente tratándose de un tóxico químico, y no de una epidemia de origen microbiano, lo lógico es que la intoxicación sea en cada individuo proporcional a la dosis ingerida. O sea, a mayor consumo, mayor afectación, y viceversa. Bueno, pues aquí no. Aquí ocurre justamente lo contrario.

Parlamento Europeo, 26 de octubre de 1986: el letrado Juan Francisco Franco Otegui cita las conclusiones a que llegó el Working Group (grupo de trabajo) que bajo los auspicios de la OMS se reunió en Madrid en marzo de 1983 para evaluar los trabajos de investigación efectuados hasta entonces, en cuyas conclusiones se afirma que la «modalidad dosis-respuesta —indicadora de mayor consumo de aceite por los pacientes afectados— se encontró en una serie de estudios en Navas del Marqués». A lo que el letrado citado replica y denuncia:

«De los seis estudios realizados en Navas del Marqués, sólo el segundo llega a tal conclusión; los demás, no sólo no llegan a encontrar la relación indicada, sino que por el contrario, se deduce una correlación negativa entre el consumo y la enfermedad: a mayor consumo de aceite menos enfermedad, como ocurre en el cuarto de los estudios mencionados.

»Lo mismo ocurre con otros estudios, como por ejemplo el de Pozuelo de Alarcón:

»El informe del Dr. R. Goulding de 2 de agosto de 1981, patrocinado por la OMS, reconoce expresamente la ausencia de correlación dosis-respuesta .

»La correlación dosis-efecto es fundamental para determinar el papel etiológico de un alimento en una intoxicación. La significación toxicológica de una sustancia, está en función o relación con su cantidad, y según sea ésta, puede pasar, según su incremento, desde efectos beneficiosos hasta letales.

»Esta fue la razón que empujó al Working Group en marzo de 1983 a la falsa afirmación, convencidos de que nunca se harían públicos los datos y documentación manejada.»

Hablando del tema con el Dr. Antonio Corralero Romaguera, anestesista en la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social 1º de Octubre de Madrid, asesor médico de la Federación Provincial de Asociaciones de Afectados del Síndrome Tóxico (FACSINTO), que además formaba parte como ya dije anteriormente del gabinete técnico del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico que dictaminaba qué pacientes eran efectivamente afectados del síndrome tóxico y cuáles no lo eran, que adicionalmente está citado a Juicio en calidad de perito, y que por ende tiene a toda su familia afectada por la repetida intoxicación, me comentaría su propia experiencia:

«Yo me hallaba haciendo unas suplencias en Marbella, cuando me llamaron diciendo que habían ingresado a mi mujer y a un niño en el hospital. Total que cojo el avión, me vengo para acá y, efectivamente, ella que estaba embarazada de ocho meses, estaba ingresada en la UVI con una insuficiencia respiratoria y un cuadro que era el del síndrome tóxico. El niño mayor, pues le habían hecho unas radiografías y tenía también cuadro de síndrome tóxico con el aumento de eosinófilos y tal. A los cinco días mi suegra ingresa también, dos días después mi suegro, tres días después mi cuñado... y me quedo yo solo en casa sin saber de qué viene esto y alimentándome y comiendo allí en casa.» Total, me explicaría el Dr. Corralero que él, que jamás quedó afectado por el síndrome, fue el único que seguía consumiendo el supuesto aceite tóxico puesto que era el único que permanecía en casa y puesto que él no compró ningún aceite distinto. Todos los demás —precisamente los afectados por el síndrome— dejaron de consumirlo como es natural en cuanto ingresaron en el hospital. Dándole vueltas al asunto —no demasiadas, que la cosa no está nada complicada— uno se da cuenta de que lo que envenenó a sus familiares es algo que ellos ingirieron anteriormente, y que él mismo no ingirió. Y que este algo no podía ser el aceite.

Insistiendo en el tema me comentó luego que por ejemplo en el libro azul (así se conoce, por el color de sus tapas, la recopilación de trabajos presentados al Simposium Nacional sobre el Síndrome Tóxico, celebrado en Madrid los días 11 y 12 de junio de 1982, recopilación publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo) podían leerse «cosas tan peregrinas como la encuesta de Pozuelo de Alarcón, en la cual se dice que cuanto mas aceite tomas, menos riesgo de coger la enfermedad tienes; precisamente por lo que te he explicado antes de los que se quedan en casa mientras el resto de la familia está ingresada...».

En efecto, en el libro azul, J. Andrés, A. Segura y J. Oñorbe concluyen su estudio Epidemiología causal del síndrome tóxico (efectuado sobre población sana y enferma en la localidad madrileña de Pozuelo de Alarcón) afirmando lo siguiente:

«El estudio de los factores que pueden favorecer la afectación es de difícil interpretación. Así, los resultados indican que el índice de afectación familiar disminuye cuando el índice de consumo individual, el consumo individual de aceite crudo y el consumo individual de aceite frito aumentan. Por otra parte, los coeficientes de correlación entre el índice de consumo individual, el consumo individual de aceite crudo y el consumo individual de aceite frito, así como los correspondientes coeficientes de correlación parcial, se observan totalmente acordes con el resultado.

»De este modo, estos resultados no permiten sugerir que la afectación esté más o menos favorecida por el consumo de aceite frito o crudo. Sólo sugieren que el número de afectados en el interior de las familias que consumen aceite sospechoso, disminuye cuanto más elevado es el consumo medio individual.»

El tema lo apuntilla la Defensa en la sesión del miércoles 29 de julio de 1987, en la vista que se sigue en la Casa de Campo:

«¿Conocen los señores peritos algún tóxico que actúe siempre, recalco la palabra siempre, en contra del principio dosis-respuesta? Esto es: ¿a mayor dosis, menor afectación por la enfermedad? ¿Es esta una proposición absurda? En este caso, expliquen la razón de la paradoja concurrente en el síndrome tóxico: de que los enfermos al ser hospitalizados, dejaban de consumir el vehículo del tóxico; y por el contrario sus familiares, lo continuaban consumiendo, recibiendo así mayores dosis y permaneciendo perfectamente sanos. ¿Qué sugiere ésta paradoja, contraria a la regla general y conducente, quizás, a un absurdo? ¿Será válido entender que en este caso el aceite no fue el vehículo del tóxico?»

El invento de las anilinas y de las anilidas

A la vista de lo hasta ahora expuesto, uno halla plena justificación para preguntarse: «Pero, bueno, ¿qué es lo que le han visto al aceite para ensañarse con él hasta el punto de declararlo culpable del envenenamiento de más de 25.000 personas? Lo que le han visto son las anilinas y anilidas que contiene. Me explico: el aceite de colza se importa desde Francia, con licencia para uso industrial, con lo cual es mucho más barato que el aceite de oliva para uso humano. Este aceite de colza viene desnaturalizado, lo cual quiere decir que ha sido teñido con anilinas, para que su aspecto no invite a su ingestión. A los industriales que se sientan en el banquillo de la Casa de Campo se les acusa, en muy resumidas cuentas, de estar involucrados en un negocio que se dedicaba a re-naturalizar este aceite de colza: o sea, a quitarle nuevamente el tinte —las anilinas— para desviarlo hacia el consumo humano, a un precio de venta sensiblemente inferior al aceite de oliva, con lo cual era altamente competitivo en el mercado, naturalmente. Este proceso de re-naturalización se hacía en España, una vez importado aplicando baremos de uso industrial. Y argumentan los acusadores que en este proceso de re-naturalización, se generan anilidas. Estas anilidas y las anilinas que contuvo el aceite, serían las sustancias tóxicas a las que cabría atribuir el envenenamiento masivo.

Hasta aquí, la historia parece correcta. Tan correcta que se venía practicando habitualmente —desde hacía siete años, de acuerdo con las manifestaciones del Dr. Báguena durante el juicio— sin mayores problemas, y con pingües beneficios.

Comencemos pues por el principio, por las anilinas:

El 6 de julio de 1987 el prestigioso epidemiólogo inglés Sir Richard Doll, declaró en el juicio: «Afirmo que el aceite adulterado con anilina fue la causa

del síndrome tóxico. —Y añadió:— Pero ignoro el efecto químico que provocó la reacción". ¿Entonces? ¿En qué se basa para tan tajante e influyente afirmación? Si es en los estudios epidemiológicos, más adelante nos dedicaremos a ellos. Si es en las anilinas que acaba de mencionar, lo hacemos ahora mismo. Para empezar, y en un plano popular, de calle, sin adentrarnos por el momento en excesivas disquisiciones técnicas especializadas, diremos que las anilinas al aceite no le hacen nada; solamente lo tiñen, dándole un color feo para que a nadie le apetezca tomarlo. Tal vez convenga recordar que quien más quien menos, todos hemos comido anilina: los colorantes son las anilinas, los tintes son las anilinas, los juguetes de hace unos años llevaban anilinas, y los polos, que eran y son de verde o rojo o naranja, eso es anilina, y la hemos comido todos y no ha pasado nada. Al respecto me comenta el Dr. Antonio Muro, hijo: «Y esta es la gran mentira que montaron con el aceite de colza desnaturalizado para uso industrial, desviándolo para el comercio humano: ¡como si se estuviera comerciando con algo terrible y malísimo! No, lo único que era es un fraude a Hacienda y punto; y un fraude comercial, ¡ya está! Y eso es lo que utilizaron para salvar la cabeza del Gobierno de entonces y luego todo lo demás.»

Pero vayamos a datos más concretos. Ya el 23 de septiembre de 1981 apareció en el diario El País un artículo firmado de forma conjunta por el doctor en Ciencias Químicas Fernando Montoro y la doctora en Farmacia Concepción Sáenz, quienes escribían, entre otros razonamientos, y refiriéndose naturalmente al síndrome tóxico:

«Los adulterantes descritos hasta el momento han sido los siguientes: anilina, azobenceno, metilanilina, dimetilquiloeina, bromoanilina, bromoazobenceno, oleanilida, y nitrobenceno.

»Todos estos compuestos químicos no pueden ser los causantes de tantas muertes en las cantidades que suponemos han sido ingeridos. Hay que tener en cuenta que el aceite de colza se desnaturaliza añadiendo sólo un 2 por 100 de anilina, que en el proceso de refino (lavado con ácidos) se elimina toda o su mayor parte, y que muchos de los compuestos dados a conocer son procedentes de las impurezas propias de la anilina o de la composición de colorantes (no tóxicos a corto plazo) fabricados con ella.

»Para que se produjera una intoxicación de las características de la presente, sería necesario haber ingerido grandes cantidades, o tal vez pensar en un lento proceso acumulativo.

»La aparición brusca hacia el mes de mayo de la enfermedad, así como el que se haya producido en muchos casos por la ingestión de unos determinados alimentos cocinados con el supuestamente aceite tóxico, descarta a nuestro juicio, el que los componentes arriba mencionados sean causantes exclusivos del síndrome tóxico.»

En el mes de septiembre de 1987, un especialista en aceites como lo es el Dr. Bioque, manifestó a la Sala durante el Juicio que todos los aceites que tengan menos de un 3 % de impurezas, son normales. Y los que nos ocupan en relación con el síndrome tóxico estaban adulterados con un máximo de un 2'8% de anilinas.

Las anilinas, ingeridas directamente y a dosis grandes de unos 20 gramos, producen intoxicaciones agudas que pueden llegar a ser mortales. Para que esto sucediera, y si fueran las anilinas contenidas en el aceite las causantes de la tragedia, cada afectado tendría que haber bebido de golpe —a la proporción que las anilinas estaban presentes en este aceite— enormes cantidades de litros del mismo.

Recordemos también las palabras del recién citado Dr. Montoro (que en el lapso que media entre ambas manifestaciones había ocupado la subdirección general de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica), ya reproducidas al hablar de la curación de los afectados: «Lo de la anilina era impresentable, desde mi punto de vista». Se refería naturalmente a la hipótesis oficial de que la anilina contenida en los aceites sospechosos había sido la causante del envenenamiento.

En cuanto se levantaron voces que decían que la anilina no pudo haber causado la intoxicación, cobró fuerza el argumento de que el riesgo lo había entrañado el proceso de re-naturalización, o sea el proceso de quitarle las dichosas anilinas (el colorante) al aceite. Comentándolo con el Dr. Montoro en la misma entrevista, me dice: «En química existen los ácidos, las bases y los compuestos. La anilina se quita lavando el aceite con ácido sulfúrico: tu tienes aquí un reactor y pones aceite y le echas ácido. Allí hay anilinas. Esto es, una amina. Tu pones ácido sulfúrico disuelto en agua y un agitador, lo mezclas y al final se forma esto, cuando lo dejas descansar: dos capas; la del aceite arriba, y la otra abajo, la de agua con sulfúrico, y la anilina con la base forma sulfato de anilina, y aquí se la quita entera. Eso se lo quita cualquiera, no hace falta ser muy químico para esto.»

En sus declaraciones a la Sala durante la vista de la causa del síndrome tóxico, el Dr. Ángel Peralta Serrano, jefe del departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid, manifestó que a finales de mayo de 1981 estuvo hablando con el entonces director

general de Planificación Sanitaria, Dr. Luis Munuera Martínez, insistiéndole en que había que revisarse el punto de vista de la causa del problema: «Entonces ya empezaban a hablar de la teoría de las radicales y tal y cual, y la anilida y la anilina, y entonces dijo: "Mira, esto es imposible, hablar de esto, desde el punto de vista de lo que hay en el mundo científico, no es admisible"».

En su informe previo remitido a la Sala por el propio Dr. Peralta Serrano en su calidad de perito, manifiesta igualmente: «La teoría de las anilinas y/o anilidas, no deja de ser una teoría curiosa, pero que en nada se corresponde con la realidad clínico-experimental. La negatividad de todos los análisis realizados del llamado "aceite tóxico" no es más que una prueba definitiva de que en el aceite tóxico no habían "tóxicos" . »

El procurador de los Tribunales Albito Martínez Díez declara en el punto 1.6). de la querella que presentó con fecha 8 de abril de 1987 al Juzgado de Instrucción de Madrid:

> *«Toda la investigación "oficial", desarrollada posteriormente para determinar el origen de la enfermedad , ha sido dirigida sobre el aceite de colza desnaturalizado con anilina, imputación ésta, que se ha mantenido, a pesar de haberse puesto de manifiesto en la investigación desarrollada en el Sumario 129/81 del Juzgado Central de Instrucción número 3, dependiente de la Audiencia Nacional, hoy en fase de plenario, que las máximas concentraciones o cantidades de anilinas o anilidas detectadas, carecen de significación toxicológica alguna.»*

Y el letrado Juan Francisco Franco Otegui denunció al respecto en su repetida intervención ante el Parlamento Europeo el 26 de octubre de 1986, al hablar de la manipulación y de las falsedades habidas en la investigación química, toxicológica y bioexperimental:

> *«El esfuerzo de estas áreas tuvo como objetivo, primero, ocultar la falta de significación toxicológica y la procedencia de las trazas de las sustancias ajenas al aceite detectadas (provenientes de los procesos de obtención, refino, colorantes, etc.): después, identificar la presencia de anilinas/das con el aceite de colza desnaturalizado. La exigencia de las determinaciones cuantitativas en los informes analíticos pusieron de manifiesto el engaño. El abandono de los términos genéricos (aminas aromáticas/anilinas; positivo/negativo) por las sustancias y cantidades concretas de las mismas evidenció su falta de significación toxicológica. Del mismo modo las determinaciones de la composición de ácidos grasos denunciaría, en muchos casos, la inexistencia de colza en los aceites, a pesar de la detección de anilinas/das. La simulación del proceso de refino, confirmó este extremo, demostrando que las anilinas/das desaparecen prácticamente al término de la desodorización.*
>
> *»El Dr. Tena llegó a afirmar la detección de anilidas en vísceras de fallecidos. Un estudio del instituto de la Grasa de Sevilla: determinó el fin de tales detecciones, al evidenciar la rápida eliminación de tal sustancia. No obstante, el Dr. Tena pretendió mantener la afirmación manipulando los datos de su investigación.*
>
> *»La intervención de diversos laboratorios de Centros extranjeros impidió cuajaran los despropósitos de esta investigación y la bioexperimental. Ningún resultado de los Centros españoles pudo ser reproducido por los extranjeros. Naturalmente, los informes extranjeros fueron ocultados celosamente.»*

Enlazando con lo que acaba de comentar Juan Francisco Franco en relación con las afirmaciones del Dr. Tena, vamos a detenernos a analizar ahora a las anilidas, toda vez que se han quedado solas como presuntas culpables al quedar descartadas las anilinas.

El mencionado Dr. Tena (Guillermo Tena Núñez), a la sazón director del Instituto Nacional de Toxicología dependiente del Ministerio de Justicia, contestó el 12 de noviembre de 1981 a un oficio del Magistrado-Juez de fecha 2 de noviembre del mismo año. En su informe afirmaba, entre otras cosas:

> *«Este Instituto Nacional de Toxicología, tras importantes estudios de investigación, tanto en su aspecto químico-toxicológico, como anatomopatológico, ha podido llegar a la conclusión de que todos los intoxicados con aceite de colza desnaturalizado, tienen como producto tóxico anilidas de los ácidos grasos.*
>
> *»Por los estudios experimentales realizados en este Instituto Nacional de Toxicología, se ha podido demostrar que las "anilidas" son sustancias tóxicas, que producen, según las experiencias realizadas, las mismas lesiones que el aceite tóxico causante de la llamada, primero, "neumonía atípica", y que posteriormente se ha llamado "síndrome tóxico" o "enfermedad tóxica", y por consiguiente, estas "anilidas" sirven, cuando menos, de diagnóstico exacto para determinar esta intoxicación.*
>
> *»El Instituto Nacional de Toxicología ha desarrollado unas técnicas muy sofisticadas y de alto nivel analítico, demostrando en los cadáveres de intoxicados, supuestamente con aceite de colza desnaturalizado, la presencia de "anilidas", que es bajo el punto de vista científico el único medio de diagnóstico seguro, capaz de determinar la intoxicación alimenticia producida por el aceite de colza desnaturalizado.*

»El Instituto Nacional de Toxicología por todas las pruebas analíticas químicas-toxicológicas y las pruebas anatomopatológicas que ha realizado, en un estudio científico completo, puede determinar que los aceites que no contienen "anilidas", no son los productores del síndrome tóxico, ya que los demás elementos anormales encontrados en los aceites, como anilina, colorantes y derivados aromáticos, no pueden considerarse capaces de producir el síndrome tóxico, porque las cantidades encontradas de estas sustancias, no presuponen sintomatología tóxica, aunque estos aceites sean fraudulentos y deban también considerarse como no aptos para el consumo, pero repetimos los únicos causantes del llamado síndrome tóxico, son aquellos que contienen, ademas de estas sustancias, las "anilidas" patentizadas.»

Se extiende luego el informe en la consideración de que la detección de anilidas es prácticamente imposible en un cadáver exhumado debido a la putrefacción cadavérica, ya que es necesario que la víscera sea fresca para poder realizar los análisis correspondientes, para terminar reafirmando que los informes de los cadáveres que en aquel entonces estaba estudiando el Instituto Nacional de Toxicología «claramente determinan la presencia de "anilida"».

¡Ah! ¿Sí? Bien, pues nos vamos derechitos al Instituto de la Grasa de Sevilla, que, enterado de que «algunos centros nacionales de investigación, que han tenido acceso a piezas procedentes de autopsias han comprobado la presencia de anilidas grasas, sin modificar en los tejidos adiposos de los fallecidos», estudia experimentalmente en ratas la eliminación de anilidas, comprobando que el 47% se elimina dentro de las primeras 24 horas, y continuando su excreción a lo sumo durante 120 horas. Estudio que publica el 23 de abril de 1982.

El Dr. Tena emite el 30 de junio de 1982 un informe que da cuenta de la reproducción de la prueba, en la que se ha llegado a análogos resultados. De ellos se desprende que nunca pudieron encontrarse anilidas en vísceras, como pretendía el Dr. Tena, por la sencilla razón de que las muertes de los afectados han ocurrido normalmente bastante tiempo después de haber sido hospitalizados, por lo que lógicamente ya no consumían aceite, y las anilidas provenientes del aceite supuestamente tóxico consumido en sus domicilios, tuvieron tiempo más que sobrado de ser eliminadas del organismo.

En el caso de la afectada fallecida María Concepción Rodríguez Núñez, ésta ni siquiera había consumido aceite con anilidas Al ser hospitalizada, se recogieron en su casa todas las existencias de aceite, que fueron analizadas en el propio Instituto Nacional de Toxicología del que es director el referido Dr. Tena. La conclusión literal a que llega el Instituto es ésta: «Los cuatro aceites que venían en envases cerrados con la etiqueta Cuevas han sido analizados, encaminando estos análisis a determinar si podían tratarse de aceites productores del síndrome tóxico». A lo que agrega: «Los resultados obtenidos en las determinaciones llevadas a cabo permiten concluir que se trata de aceite de oliva no productor del síndrome tóxico». Pero paradójicamente, el mismo Instituto Nacional de Toxicología, que emite igualmente el informe de la autopsia practicada a la fallecida que ingirió estos aceites «no productores del síndrome tóxico», María Concepción Rodríguez Núñez, concluye que en las muestras de hígado y de pulmón de esta fallecida se ha comprobado mediante cromatografía de líquidos de alta resolución y cromatografía de gases con detector de nitrógeno, la presencia de anilidas, lo que a juicio del Instituto de referencia demuestra que la causa de la muerte de María Concepción Rodríguez Núñez ha sido debida al aceite productor del llamado síndrome tóxico. Aunque ella solamente tomó aceite de oliva. Ahora. que el lector me ate esa mosca por el rabo. Y que el aplaudido Sir Richard Doll tome nota de que la historia no está tan clara como él nos la quiso vender . Porque cabría aducir que, habiendo muerto del síndrome tóxico, y no habiendo consumido por otra parte en su casa aceite de colza presuntamente tóxico, sino aceite puro de oliva, María Concepción Rodríguez Núñez podría haber tomado el aceite presuntamente tóxico con algo que comiera ocasionalmente fuera de su casa. Pero, tal y como enseguida pasaremos a ver, las anilidas no producen intoxicación aguda, lo cual quiere decir que su grado de toxicidad no es lo suficientemente elevado como para producir una intoxicación grave con una sola o unas pocas dosis, sino que habría que pensar en una acumulación sucesiva de tóxico en el organismo a base de repetidas ingestiones del aceite. Lo cual por sí solo ya sería querer buscarle tres pies al gato, por el hecho de que las anilidas se eliminan del organismo en cuestión de horas, con lo que la acumulación se hace difícil. Pero lo que sí está absolutamente fuera de toda duda es el hecho de que una toma ocasional de aceite fuera de su casa, tampoco puede haber bastado para ocasionarle la muerte a María Concepción Rodríguez Núñez. ¿Qué más habrá que inventar ahora para que su muerte —que, repito, fue producida por el síndrome tóxico— pueda ser atribuida en apariencia al aceite de colza?

A pesar de no estar nada clara esta historia, el Instituto Nacional de Toxicología no duda en afirmar en su Resumen de las actuaciones realizadas hasta el día 1 de diciembre de 1981, en su punto 1.11: «El Instituto Nacional de

Toxicología considera a las anilidas de ácidos grasos halladas, como los únicos productos posibles responsables de la intoxicación, ya que estas sustancias son las que en mayor proporción se encuentran en los aceites, presuntos tóxicos, y no se conoce su toxicología, y por consiguiente su sintomatología. Los restantes productos, aunque sean tóxicos no tienen significación toxicológica en el caso que estudiamos, por las razones que exponemos en otros apartados de este informe.» O sea que los únicos posibles culpables son las anilidas. Aunque de ellas «no se conoce su toxicología, y por consiguiente su sintomatología». Desde estas movedizas arenas acusadoras se piden para nueve españoles más de diez mil años de privación de libertad.

Afortunadamente había gente que no lo veía tan claro. Así, el Dr. Angel Pestaña Vargas, entonces coordinador del Programa de Actuación del Centro Superior de Investigaciones Científicas en relación con el síndrome tóxico, publicó en la segunda quincena de octubre en El País un artículo titulado «¿ Mortal de necesidad?», en el que afirmaba: «En cualquier caso, lo que me interesa subrayar, es que las anilidas de ácidos grasos no pueden calificarse de "sustancias mortales de necesidad" (El País, 15 de octubre), por la sencilla razón, fácilmente constatable, de que no se sabe absolutamente nada acerca de sus efectos en los sistemas biológicos».

En sus alegaciones al Juzgado, la procuradora María José Millán Valero, solicitando auto de procesamiento contra el director del Instituto Nacional de Toxicología, recuerda que «el 16 de marzo —de 1982— ya era pública la duda sobre las anilidas como trazadores de toxicidad» .

De la duda pasamos paulatinamente a la certeza, pero en sentido contrario: de que las anilidas no produjeron la intoxicación. Así, el Dr. Antonio Borregón Martínez, director del Laboratorio del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda, en su intervención ante la Comisión Congreso-Senado el 5 de mayo de 1982, opina :

> *«Estos aceites de la cadena catalana, por entendernos, tenían gran cantidad de oleoanilidas... estos tienen hasta 7.000 ppm (ppm = partes por millón) de oleoanilidas... Estos aceites se han estado comercializando y envasando en Cataluña y no ha habido ningún enfermo.»*

Después de discutir ampliamente sobre la toxicidad o no de las anilidas en la sesión de la tarde del 29 de julio de 1987 del Juicio oral que se sigue en la Casa de Campo, el Dr. Luis Frontela Carreras (recuerdo una vez más: catedrático de Medicina Legal y director del Instituto de Medicina Legal y

Ciencias Forenses de la universidad de Sevilla), en calidad de perito, afirmó:

> *«Si se refiere únicamente a las anilidas, nosotros no hemos observado efectos tóxicos acumulativos, ni en animales de experimentación.»*

Poco después la Defensa argumentaba de esta guisa:

> *«Si las anilidas no tienen toxicidad aguda y la toxicidad que se presume es crónica, y ésta a su vez es generada por la acumulación de sucesivas dosis en el organismo, teniendo en cuenta las partes por millón de anilidas que aparecían en los aceites, teniendo en cuenta que el consumo mensual medio del hombre pueda ser señalado en cantidad incluso inferior a un litro/mes, y el peso del ser humano, ¿pueden expresar los señores peritos de manera próxima, más o menos próxima, durante cuánto tiempo tuvieron que estar consumiendo esos aceites para acumularse en el organismo? Teniendo en cuenta a su vez también, perdón, que según estudios realizados por el Instituto de la Grasa de Sevilla, se elimina rápidamente la gran parte de las anilidas, ¿quieren los señores peritos conjeturar durante cuánto tiempo tuvo que estar... tuvieron que estar expuestos los enfermos a la ingesta diaria de este aceite para acumular por vía de residuo en su organismo una dosis tal, que siendo muy superior a la dosis letal, pudiese generar el síndrome tóxico? Primera pregunta. Segunda pregunta: Siendo la epidemia o mereciendo la epidemia el calificativo de explosiva y concentrada en el tiempo y en el espacio, ¿es razonable pensar que a tantos seres humanos se les acumulasen esas dosis al mismo tiempo? ¿No sugiere esta clase de epidemia una reacción no a una dosis crónica sino a una dosis aguda? Y, en este caso, ¿no es lógico pensar que esa dosis aguda tuvo que venir vehiculada en otro medio distinto?»*

La contestación del Dr. Frontela:

> *«Hablo en nombre propio. Dadas las características toxicológicas de las anilidas, se necesitaría un largo período de tiempo para que se produjesen suficientes cantidades acumulativas en el organismo, como para permitir una intoxicación aguda. Por tanto, dadas las características del brote del síndrome tóxico, creo que es muy improbable que sean las anilidas las causantes de dicho síndrome.»*

El Dr. Corralero abundó en la opinión del Dr. Frontela. A mí personalmente me plantearía luego la cuestión siguiente: dado que la epidemia surgió en un lapso de tiempo muy breve (ver curva de incidencia) si el argumento era que el tóxico actuaba en los afectados por sucesivas y prolongadas ingestiones

del aceite, había que concluir que más de 25.000 personas se habían puesto de acuerdo —sin conocerse— para tomar este aceite al mismo tiempo y al mismo ritmo: un absurdo, mírese por donde se mire. Más adelante. la Defensa volvió a plantear una pregunta interesante en este contexto:

«Sobre la aplicación a los animales de laboratorio, ratas 2 centímetros cúbicos de aceite con oleilanilidas, en una concentración de 2.000 partes por millón, durante 42 días suponen 84.000 litros, que extrapolándolo al peso del ser humano, 70 kilos, y sobre la base del consumo medio de un litro/mes, suponen 28 litros de aceite a 2.000 partes por millón. ¿Es exagerada esta dosis? Si las ratas a pesar de todo no fallecieron, no murieron, ¿no es significativo de la poca significación que tienen las anilidas en el síndrome tóxico?»

La nueva respuesta del Dr. Frontela:

«Sí; es debido a que efectivamente las anilidas no son el tóxico causal. »

En la memoria de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, sobre la primera reunión del Comité Científico del Síndrome Tóxico, celebrada en Madrid del 20 al 22 de junio de 1984 (siendo presidente de la misma el Dr. R. Goulding, vicepresidente el Dr. Alberto Ponera, y portavoz la Dra. Renata Kimbrough), se afirma literalmente que «se confirmó la baja toxicidad de las anilidas de ácidos grasos puras».

Un año y pico antes se había celebrado también en Madrid otra reunión de la OMS, del 21 al 25 de marzo de 1983. La publicación que la misma Oficina Regional para Europa de la OMS editó con el título de El síndrome del aceite tóxico: intoxicación alimentaria masiva en España (ya citada en este libro en alguna ocasión), incluye afirmaciones como éstas:

Citando los procesos de refino efectuados con los aceites sospechosos en España, dice: «Estudios realizados en el Laboratorio Unilever de Investigaciones de los Países Bajos han mostrado que este procedimiento de refino completo eliminaba la anilina libre pero no producía anilidas de ácidos grasos».

Y también: «Cuando un laboratorio británico examinó diez muestras de aceite facilitadas desde España, sólo tres contenían alguna anilida».

En las conclusiones, leemos: «Las pruebas de que las anilidas de ácidos grasos fueron la causa de la enfermedad, siguen siendo poco convincentes».

El antiguo jefe local de Sanidad de Torrejón de Ardoz, Dr. Juan Raúl Sanz, me comentó una de las reuniones que se celebró: «Fue una reunión muy buena que hubo de americanos en septiembre de 1982 cuando, todos aquellos que estuvieron en la Cruz Roja, se reunieron con Borregón: les dejaron

hablar a Borregón y a Sanz —no Eduardo Sanz, sino Félix Sanz, que era el biólogo que tenía Borregón en Majadahonda como un experto en este tema—, que estuvieron informándoles, y después de tres horas de estar reunidos (y Muro tiene —porque se lo consiguió una de las secretarias de aquella reunión— el papel en el que de puño y letra uno de los americanos —no sé quién de los cinco— ponía: "las anilidas no solamente no son perjudiciales para la salud, sino que son beneficiosas, porque hay actualmente ensayos en el Japón, que avalan que son hipocolesterolémicas", es decir que bajan el colesterol; eso lo apuntó de su mano), comentó Borregón, dice: "estos (...omito el adjetivo para no comprometer...) americanos nos han tenido tres horas aquí hablando, y después, una vez que hemos terminado de hablar nos han dicho: 'pues no parece que esto tenga nada que ver'. ¡Ya nos lo podrían haber dicho desde el principio y nos habríamos ahorrado explicaciones!"»

Muchas cosas deberían de haberse dicho desde el principio en esta tragedia. Por ejemplo, que lo que en España mata, en el Japón cura. Claro que, puestos a recurrir a las diferencias genéticas... ¿por qué no también aquí? Vamos a inventar una medicina nueva: una para catalanes, otra para castellanos, otra para japoneses, otra para los del 3º 4ª, otra para los del 7° C, otra más para toda la familia excepto el padre, más otra para el hermano mayor y la mamá... total, si nos lo explican con las suficientes envolturas, igual también cuela. Aunque no, no cuela: la anilida cura también en España, en Alemania v en Suiza, al menos desde el año 1942. Así consta en el manual Hager -Tratado de farmacia práctica, publicado en edición castellana en aquel año por Editorial Labor, y en el que los profesores Arends, Bache, Frerichs, Hartwig, Hilgers, Mannheim y Zörnig, de las universidades de Basilea, Bonn, Chemnitz, Halle y Königsberg, no muestran inconveniente alguno en afirmar que las anilidas, «por su acción medicamentosa se recomiendan, hasta para niños de un año, de 0,1 a 0,2 gramos. Para adultos en general, de 1 a 3 gramos diarios».

Recuerdo que en un momento de mi conversación con el teniente coronel médico Dr. Luis Sánchez-Monge Montero, éste me dijo: «Lo que sí no es nunca tóxico, es lo que ha dicho la oficina regional... esto es un camelo indio, ¿comprende?: las anilidas. Es que aunque tuvieran muchas anilidas, se produciría otro tipo de intoxicación.»

El aceite no es tóxico

La actual directora del Boletín Oficial del Estado, que había sido directora general del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico (PNST), Dra. Carmen Salanueva Urtiaga, en cuya boca pusiera la epidemióloga Dra. María Jesús Clavera Ortiz la frase de que «los sumarios en España dejan mucho que desear», y que en junio de 1983 fue acusada por los doctores dimisionarios Pedro García Barreno —presidente de la comisión unificada— y Ángel Martín Municio —presidente de la subcomisión biomédica— de haber ocultado a la OMS un informe sobre aceites RAPSA en el que el Instituto de la Grasa de Sevilla decía haber encontrado restos de aceite mineral en las cisternas que contenían la colza desnaturalizada, dijo en 1985 ante las cámaras de televisión de la RAI italiana que la epidemiología había demostrado que el aceite de colza era el culpable de la intoxicación de 1981, cosa que luego mostraré que es falsa, pero dijo también en aquella emisión una cosa cierta: dijo que no se podía hablar de certeza, cuando no se había hallado todavía el tóxico. Habían pasado casi cuatro años, y el supuesto tóxico que llevaba el aceite aún no se había podido hallar.

La situación continúa exactamente igual hoy. El Dr. Antonio Muro, hijo, razonaba en abril de 1987: «Bueno, si después de seis años todos los laboratorios de química avanzada del mundo a los que se les han llevado muestras, no han conseguido sacar nada, simplemente pensando con la misma lógica con que ha estado pensando mi padre siempre, y que es con la que continuamos nosotros, pues lo lógico será pensar que es que no había nada. Eso será lo más lógico. Sin ser yo muy científico, lo lógico que tendrás que pensar es que: "¡Oiga!: es que no hay nada". Si yo te digo que busques un camión que hay en la habitación, y después de seis anos de buscarlo no lo

encuentras, es que no habrá un camión. Eso es así de claro.» Lo es, efectivamente.
Lo es hasta tal punto, que el acusador particular Antonio García Pablos —que tiempo atrás había pedido la reimplantación de la pena de muerte para serles aplicada a los industriales del aceite de colza, para quienes pedía igualmente la aplicación de la ley antiterrorista— tuvo que preguntarles el 28 de julio a los peritos, si era científicamente indispensable la previa identificación del elemento tóxico, o si bastaba que todos los factores relacionasen producto y enfermedad. Por lo que hemos visto hasta ahora, opino yo que podemos decir que ningún factor relaciona producto (en cuanto aceite) con la enfermedad. La pregunta del letrado García Pablos fue contestada por el doctor Eduardo Rodríguez Farré, quien dijo que alo ideal es disponer del producto tóxico identificado», pero que si éste no se puede identificar —cual es el caso aquí—, hay que recurrir a una investigación epidemiológica. Más adelante lo haremos.
Pero antes, conviene dejar sentada la inocuidad, la ausencia de toxicidad en el aceite supuestamente asesino.
El Dr. Verschoyle, que pertenece a la unidad toxicológica del Consejo de investigación Médica de Inglaterra, manifestó durante el juicio, el 27 de julio de 1987, que él había realizado experimentos en Inglaterra con aceite presuntamente tóxico que le habían traído de España y que más adelante, en 1984, vino a España como observador mientras estaban realizando un experimento en Majadahonda y en el Instituto de Farmacología de Barcelona.
En cuanto a los experimentos en Inglaterra, puntualizó: «Las pruebas fueron todas unas pruebas simples de selección con roedores, que incluían experimentos con ratas, ratones y hamsters. Todos los experimentos fueron negativos. No se pudo apreciar ninguna toxicidad. También estudiamos ratas donde el contenido en vitamina E y en selenio había sido agotado, y estas pruebas también fueron negativas.»
En lo que se refiere a las pruebas efectuadas en España dijo: «Los experimentos de Majadahonda incluían una dosis oral repetida durante 28 días en ratones. Yo observé la forma en la cual se realizaba el experimento, las autopsias finales de los animales y la forma en la cual se tomaron los tejidos para los estudios patológicos, y durante el tiempo que yo actué como observador los hallazgos fueron negativos »
Preguntado por el Magistrado Ponente sobre su opinión acerca de la calidad de los experimentos realizados en Majadahonda, contestó: «Señor Presidente, yo creo que los experimentos no eran compatibles con las buenas prácticas de laboratorio. No siempre.» Sí habían sido compatibles en su opinión con estas buenas prácticas los experimentos realizados en el Instituto de Farmacología de Barcelona, si bien tanto unos como otros dieron resultados negativos: «Yo actué como observador en ambos experimentos, en Majadahonda así como en Barcelona, únicamente hasta el momento de la autopsia. Sin embargo. hasta esa fecha del experimento no había ninguna indicación de ninguna toxicidad, bien sea en Majadahonda así como en Barcelona. »
Poco después insistiría en los análisis efectuados en Inglaterra: «Los experimentos realizados en Carshalton dieron negativos; no habíamos encontrado ningún hallazgo de los mostrados en las fotografías que hemos visto con anterioridad. Y no tenemos ningún registro de que se produjeran cambios en la inmunocompetencia de los animales que examinamos.»
El 26 de mayo de 1983, el Dr. Aldridge informa por carta al Dr. S. Tarkowski, de la Oficina Regional de la OMS para Europa, del resultado de los análisis realizados en Carshalton con las muestras de aceite supuestamente tóxico remitidas desde España: «Lamentablemente no coinciden con los análisis que nos fueron facilitados junto con las muestras», observa, y establece las notabilísimas diferencias existentes entre las determinaciones de uno y otro laboratorio:

Muestra N. ° :	Concentración de anilidas (ppm)	
	Carshalton	Majadahonda
P1/ 1695B	no detectada (< 5ppm)	1600
P1 / 1695C	1750	4500

¿Qué interés había en España por que el contenido en anilidas fuera muy sensiblemente superior al real?
El Dr. Luis Frontela Carreras, como ya queda dicho catedrático de Medicina Legal y director del Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Sevilla, tampoco halló sustancia tóxica alguna en los aceites: «Ante la espectacularidad de la cantidad de enfermos y de fallecidos. ante la desorientación de no saber exactamente de qué sustancias se trataba, envié un equipo de mi cátedra a León y a diversos pueblos, como Chozas de Abajo, para que personalmente viesen a los enfermos, obtuviesen muestras de aceites, obtuviesen muestras de sangre y de sueros, de orina, las historias clínicas, para que

pudiésemos hacer una valoración de qué se trataba. Con las muestras ya de regreso en Sevilla, estuvimos analizando todo el material que trajimos, y en principio no estábamos muy convencidos de que fuera el aceite. Pero entonces, al principio, como había tal obcecación de que se trataba del aceite, y nosotros al analizar el aceite no encontrábamos tóxicos ni sustancias que pudiesen permitirnos afirmar que era el origen de la intoxicación, buscamos otras sustancias que estuviesen en relación con el aceite, porque ya digo en el aceite no encontramos ningún tóxico...».

Tampoco el Juez Instructor estaba excesivamente seguro de la toxicidad del aceite de colza, cuando en el Auto de 26 de julio de 1983, obrante al folio 25.433 vlto. del Sumario 129/81 escribía: «Dado que la concentración de los productos encontrados en el aceite de colza (de indicios azobenceno, hasta 60 ppm en la anilina y hasta 2.000 ppm en la oleilanilida) y la sintomatología de los enfermos no concuerda con una intoxicación por dichos productos y no había relación directa entre causa y efecto, se comenzó una línea de investigación por experimentación biológica...»

El Dr. Angel Peralta Serrano, jefe del departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria La Paz, de Madrid, escribe en el informe previo que en su calidad de perito remitió a la Sala: «Puedo decir que aceite de colza del mismo que tomaban los habitantes de Móstoles, tomamos toda mi familia y no se dio ni un caso», y, dos párrafos más adelante: «Son muchas más las personas que consumían en aquel entonces "aceite de colza" y que no padecieron el síndrome, que las afectadas consumiéndolo.»

Ya muchísimo antes, en la reunión que hubo en el Ministerio de Sanidad el 24 de noviembre de 1981, el Dr. Muro expuso esta situación: «Tenemos listados de enfermos que no han comido nunca el aceite, y en cambio sí que están enfermos; v tenemos el listado inverso éste gigantesco: las enormes cantidades que sí han consumido el aceite y que no han padecido la enfermedad.»

Exactamente esto fue lo que me narraron diversos enfermos afectados del síndrome tóxico en Fuenlabrada, cerca de Madrid. Hay bastantes de ellos que no consumieron aceite tóxico, mientras que existen suficientes casos de personas que sí lo consumieron y que sin embargo no quedaron afectadas por el síndrome. La vicepresidente de la asociación de afectados de Fuenlabrada FUENTOX, María del Pilar Pans González, de hecho bebió el aceite declarado tóxico para demostrar que precisamente no contiene tóxico alguno, y está dispuesta junto a otros afectados a tomar el aceite ante quien sea para demostrar su nula toxicidad. Igual ofrecimiento hizo el industrial acusado Enric Salomó —que también ingirió ya el aceite tóxico para probar su inocuidad—, al pedirle el 21 de abril de 1987 al tribunal que lo está juzgando, que le permitiera tomar el aceite —tal y como lo había pedido el letrado García Pablos al Consejo de Ministros a guisa de cicuta expurgatoria para los acusados—. Salomó pidió que le dejaran tomar ante las cámaras de televisión, con luz y con taquígrafos, aceite de colza desnaturalizado con anilina, del mismo que se distribuyó durante los primeros meses de 1981: «Estoy muy cansado de todo, mi familia está sufriendo mucho y quiero terminar y que los afectados se curen. Yo y mis amigos queremos terminar con esto, delante de la televisión, hacer una prueba...». Preguntado por el letrado Fernando Salas si deseaba ingerir aceite de RAELCA, de su propia industria, o de RAPSA, respondió: «El que a usted le parezca. Controlado, para que no vaya a tener cianuro, por ejemplo, ¡eh! ¡Un poco de responsabilidad, eh!». La petición fue denegada por el tribunal.

El Dr. Manuel Evangelista Benítez, director del Programa Nacional de Atención y Seguimiento del Síndrome Tóxico, firmó el 11 de enero de 1982 un informe resumido de las actuaciones de dicho Programa Nacional, en el que puede leerse:

> *«La investigación básica, toxicológica, hasta la fecha, en el aceite presumiblemente responsable del síndrome tóxico, ha evidenciado la existencia de anilinas, anilidas grasas, mezclas de aceites de semilla, colza, orujo y grasas animales.*
>
> *»Pequeñas cantidades de nitrobenceno y otros productos secundarios a reacciones químicas de las anilinas; pequeñas cantidades de ácido erúcico, y en algunas partidas cloro.*
>
> *»La acción tóxica de estos productos está demostrada, pero por el momento no se les puede atribuir la total responsabilidad del cuadro clínico de los pacientes.»*

Nadie tiene elementos que clara y decididamente acusen al aceite de colza de ser el producto causante de la epidemia. Y sin embargo nadie investiga a nivel oficial en otra dirección que no sea el aceite ¿No constituye esto una gravísima negligencia? Máxime, cuando informe tras informe se lee y se relee una y otra vez que el aceite supuestamente tóxico una vez analizado, resulta ser inocuo.

El 12 de noviembre de 1982, el Dr. Frank Cordle, jefe de la división de Epidemiología y de Toxicología Clínica de la Food and Drug Administration

norteamericana, en carta que le envía al Dr. Eduardo Sanz Ortega, coordinador general del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico, le manifiesta: «Lamentablemente, hemos sido incapaces de identificar sustancia alguna en las muestras de aceite que han sido analizadas hasta el momento».

El semanario Cambio 16, del 17 de diciembre de 1984, afirma:

«Los intentos de reproducir en laboratorio los efectos del síndrome inoculando, el supuesto aceite envenenado, a todo tipo de cobayas han resultado vanos hasta la fecha. "En los laboratorios de la Fundación Jiménez Díaz —cuenta a Cambio16 un biólogo— hicimos pruebas con grupos de diez ratas de quinientos gramos cada una, a las que les dábamos tres miligramos de aceite de colza de todas las formas imaginables (frito, en ensalada, crudo, etcétera), y ninguna de las cobaya reprodujo el síndrome. Simplemente, engordaban."

»En el Instituto Nacional de Toxicología y en el Centro de Nutrición y Alimentación de Majadahonda, dos de las instituciones científicas de mayor prestigio del país, los experimentos dieron parecidos resultados. "La administración de muchas muestras de aceite a babuinos, monos, cobayas y hamsters han dado resultados negativos", concluye la Organización Mundial de la Salud en un informe elaborado en 1983 y dado a conocer este año.»

Y poco después insiste en la absoluta ignorancia que se tiene a nivel oficial acerca de la toxina que causó el envenenamiento: «Las pruebas de que las anilidas de ácidos grasos fueron la causa de la enfermedad siguen siendo poco convincentes —asegura en su informe la OMS— (...) Mientras la toxina exacta del acetre siga sin identificarse, todas las muestras de aceite confiscadas deberían conservarse almacenadas ya que mientras siga sin descubrirse la causa precisa, no puede tenerse la seguridad de que esta enfermedad no volverá a presentarse en España o en otros países.»

El Dr. Antonio Corralero Romaguera me contaría que el jefe de Neurología del hospital Primero de Octubre de Madrid, consultor permanente de la OMS: recogió en su día aceite de familias afectadas del síndrome tóxico, y los envió a los Estados Unidos para que experimentaran con él en monos. La respuesta que obtuvo fue que los monos no se intoxican, sino que engordan. Los doctores Ángel Pestaña y José María Mato escribieron el 19 de octubre de 1984 en El País: «Los intentos llevados a cabo hasta ahora para reproducir la enfermedad humana en los animales de experimentación no han sido satisfactorios desde el punto de vista crítico de los expertos. Se han descrito neumonitis, infiltrados perivasculares o lesiones neuromusculares en anima-



Portada del número 681 de Cambio 16

les tratados con anilidas de síntesis o con aceites adulterados conteniendo estos derivados de la anilina. Sin embargo, tales resultados no han podido reproducirse en otros laboratorios y fueron descartados por insuficientes o artefactuales por los expertos de la OMS en la reunión de marzo de 1983.»
Al año siguiente, la Oficina Regional para Europa de la OMS publica un informe sobre la Primera Reunión del Comité Científico del Síndrome Tóxico (reunido en Madrid del 20 al 22 de junio de 1984), en cuyo informe se constata:

«Se han examinado diversos aceites supuestamente relacionados con casos, para determinar su toxicidad en una diversidad de modelos animales y en distintos laboratorios. Las pruebas realizadas en laboratorios fuera de España no han mostrado toxicidad alguna. De acuerdo con la recomendación del Grupo de Trabajo de la OMS, de marzo de 1983, se llevó a cabo una prueba de toxicidad en ratones suizos empleando un aceite relacionado con casos, conservado en el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda, y obtenido antes de que se hiciera público que la enfermedad guardaba relación con el consumo de aceite. Se definió el protocolo de la prueba, que se llevó a cabo en tres laboratorios, dos de ellos españoles y uno en el Reino Unido. No disponemos todavía de los resultados histológicos, pero tras la administración repetida de dosis diarias a los ratones, éstos no mostraron signo alguno de intoxicación.»

Tres párrafos más abajo leemos que «se confirmó la baja toxicidad de las anilidas de ácidos grasos puras».
En la repetida publicación, igualmente de la Oficina Regional para Europa de la OMS, El síndrome del aceite tóxico - Intoxicación alimentaria masiva en España, que recoge el informe sobre la reunión de la OMS en Madrid del 21 al 25 de marzo de 1983, podemos leer:

«Los intentos de reproducir el SAT (Síndrome del Aceite Tóxico) en sistemas de modelos animales han dado muchos resultados negativos. Además, los resultados positivos obtenidos en un centro no pudieron ser reproducidos en otros.»
«Las pruebas de que las anilidas de ácidos grasos fueron la causa de la enfermedad, siguen siendo poco convincentes.»
«La búsqueda de agentes tóxicos en el aceite ha sido en gran parte vana.»
«Por razones clínicas, el sistema del conejo parecía ser el más prometedor. Las alteraciones anatomopatológicas que se pretendía estaban asociadas a la enfermedad no pudieron, sin embargo, ser confirmadas por el examen independiente de las preparaciones histopatológicas.»

La periodista alemana Gudrun Greunke, que viene indagando en el rompecabezas del síndrome tóxico con gran tino desde hace ya bastante tiempo, llevando sus investigaciones hasta muy cerca del origen del envenenamiento, publicó como ya dije un excelente informe en el semanario Der Spiegel, en el que afirma que «científicos alemanes llegaban a conclusiones similares: "Nuestros experimentos con ratones —dice Claus Köppel, del Instituto para la Alimentación, Medicamentos y Química Forense (Berlín, 1982)— no han provocado reacción tóxica alguna. —Y:— A nuestro entender las anilidas no son la causa del síndrome del aceite tóxico".»
Muy recientemente, en la Declaración del Comité Científico Directivo sobre el Síndrome del Aceite Tóxico, de la Organización Mundial de la Salud, en relación con la etiología del Síndrome del Aceite Tóxico, que fue difundida en agosto de 1987, puede Ieerse una vez más: «Las pruebas de laboratorio no han logrado, hasta ahora (¡en más de 6 años!) producir un síndrome fiable y similar al Síndrome del Aceite Tóxico, en los animales de investigación a los que se ha suministrado el aceite. Tal resultado no es sorprendente, ya que no se ha identificado en él ningún agente tóxico concreto.» (!) Y uno, naturalmente, se pregunta por enésima vez: ¿Se puede saber que hacen unos acusados como vosotros, en un banquillo como éste? ¿Se puede saber por qué nos están tomando el pelo a todos de forma tan descarada?
El 29 de julio, la Defensa planteó la siguiente pregunta durante el interrogatorio en la Casa de Campo:

«¿Comparten los señores peritos la afirmación del Dr. Koch emitida en la reunión de la OMS celebrada en Madrid en marzo del 83, de que en los análisis de los aceites no se había podido encontrar ningún elemento que se pudiera asociar con el carácter extraordinario de la enfermedad?»

A la que el Dr. Frontela contestó: «Sí comparto esa afirmación en relación a las sustancias hasta hoy día aisladas o estudiadas».
Pienso que, en el séptimo año de búsqueda, poco más podrá encontrar nadie en este aceite. Habrá que buscar fuera de él para encontrar algo.
Voy a finalizar ya este repertorio de ejemplos que libran al aceite presuntamente venenoso de todo vestigio de toxicidad, aportando el testimonio de la Dra. Renate Kimbrough, de los Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta (Georgia), Estados Unidos, tal y como ella lo expresó ante las cámaras de la televisión alemana, en programa emitido el 10 de febrero de 1985 en el espacio Globus (ARD, 1er. programa):

«Hemos realizado muchas pruebas con animales de especies diversas, monos, cobayas, ratones, ratas... y no obtuvimos resultados positivos. Los animales no mostraron enfermedades ni reacciones que indicaran que este aceite contuviera algún tipo de sustancia tóxica. No hallamos ningún indicio que señalara que el aceite fuera el causante del síndrome tóxico. Además, muchos otros laboratorios en Europa han intentado hallar alguna sustancia tóxica en estos aceites, y tampoco tuvieron éxito alguno.»

La investigación epidemiológica, inexistente y totalmente falseada

Llegados a este punto, debemos detenernos un momento para repasar la situación. ¿Qué fundamentos reales hay para acusar al aceite de colza desnaturalizado de ser el causante del envenenamiento masivo de la primavera de 1981? Para serlo realmente, tiene que ser tóxico: acabamos de ver que no se ha detectado en él tóxico alguno. Desconociéndose el tóxico —por no haberlo hallado en el aceite— cabía y era obligada la bioexperimentación, la administración de aceite de las partidas presuntamente tóxicas a diferentes especies de animales, para observar si los efectos causados por el aceite en ello coinciden con los efectos observados en los pacientes afectados por el síndrome tóxico. También aquí acabamos de ver que no se dio en absoluto esta concordancia de síntomas, sino todo lo contrario. Tal y como me comentaría el Dr. Martínez Ruiz, «normalmente un tóxico tan bestia ya deja seca a la primera especie con la que experimentas; aquí se ha probado con diferentes especies, y no pasa nada, no pasa absolutamente nada: engordan y además engordan porque es lógico, puesto que hay mucha caloría».

De forma que ni la toxicología ni la bioexperimentación han podido demostrar que el aceite de colza desnaturalizado fuera efectivamente el causante del síndrome tóxico. En lo que a bioexperimentación se refiere, se ha evidenciado en todo caso exactamente todo lo contrario: recordemos que algunos afectados —entre ellos María del Pilar Pans— y el propio industrial catalán Enric Salomó se ofrecen a tomar aceite del declarado supuestamente tóxico por la Administración, para demostrar precisamente que no es tóxico, y se ofrecen puesto que ellos, a nivel personal, ya hicieron esta prueba y no les ha pasado absolutamente nada. Si la bioexperimentación y la toxicología no

han podido demostrar nada, solamente queda otra forma de comprobación (que de todas formas, en caso de resultar positiva, para quedar confirmada debería ser corroborada por la toxicología y la bioexperimentación, cosa que en este caso ya no puede ser por lo que acabamos de decir), y que es la epidemiología: la investigación epidemiológica .

Pero también la investigación epidemiológica resulta —tras un análisis atento e imparcial— absolutamente negativa. Si algo demuestra, es precisamente que el aceite no pudo ser nunca el causante de la tragedia. Recuérdese por ejemplo la curva de incidencia de la enfermedad, analizada en el capítulo «Nunca pudo haber sido el aceite», que indicaba que la tasa de aparición de nuevos casos de afectados disminuyó espontánea y bruscamente mucho tiempo antes de que la gente se enterara de que el aceite podía ser el causante de la enfermedad. En lo que a las encuestas posteriores se refiere, cabe recordar también la circunstancia ya apuntada de que para que un enfermo del síndrome tóxico pudiera optar a la inclusión en el censo oficial de afectados por esta epidemia —con los consiguientes beneficios a los que podía acogerse en caso de ayudas oficiales—, debía hacer constar que sí había tomado aceite de colza desnaturalizado. En caso de no hacerlo constar así, no tenía derecho a ser incluido en el censo oficial de afectados. Y debo testimoniar que hablé con afectados del síndrome tóxico que me confesaron que no habían tomado el aceite, pero que ocultaron esta circunstancia para poderse acoger a los beneficios oficiales. Con lo cual las encuestas epidemiológicas ya quedan falseadas. Pero ademas quedan falseadas por un especial componente sociológico: la gran mayoría de afectados no pueden negar que han tomado el aceite, puesto que los puntos de venta de éste —los mercadillos preponderantemente— coinciden con los puntos de venta del tomate causante de la intoxicación: al adquirir ambos productos y consumirlos en la ensalada—por regla general— , naturalmente dicen que han tomado el aceite. Mientras que los encuestados de familias no afectadas, los sanos, ya que no les va nada en ello, en las encuestas dicen que no han tomado este aceite, porque si dijeran que sí reconocerían que le han dado a su familia lo peor, que no tienen dinero para comprar un aceite de mínima buena calidad. Con lo cual, naturalmente, a grandes rasgos y con las excepciones pertinentes, resulta que los que han tomado el aceite de colza son los que están afectados, y los que no lo han tomado están sanos. Pero esta imagen es una imagen distorsionada, que nada tiene que ver con una encuesta epidemiológica, sino que cae más bien en el campo de la sociología y de la psicología.

La tesis oficial, aparte de argumentar que la enfermedad desaparece en cuanto se retira de la circulación el aceite, circunstancia que ya hemos documentado como falsa, también argumenta que los circuitos de distribución de los aceites asesinos coinciden con la aparición de la enfermedad en el espacio y en el tiempo. Lo cual, una vez más, se presenta como un argumento falso. En octubre de 1987 se dijo en el Parlamento Europeo: «El estudio de los circuitos de comercialización, obra de uno de los vocales de la Comisión de investigación Epidemiológica del PNST, descubre la falta de coincidencia espacial y temporal de la enfermedad con la distribución del aceite de colza desnaturalizado y la inexistencia de cualquier circunstancia en común respecto, no ya del aceite de colza, sino de todo tipo de aceite.»

De modo que las dos tesis oficiales carecen de consistencia para resistir un análisis serio. Pero continuemos calibrando la situación. Recordemos la discriminación intrafamiliar e interfamiliar. Si en una familia, en la que normalmente se consume un mismo tipo de aceite, resulta que enferman dos miembros y tres no enferman, por poner un ejemplo medio, tenemos que si bien hay 25.000 afectados, no es menos cierto que por otro lado hay —en esta proporción— más de 37.000 personas que consumieron el mismo aceite —exactamente el mismo— y no enfermaron. Eso, solamente con los casos intrafamiliares, o sea dentro de la misma familia. Si extrapolamos a los casos interfamiliares, aquellos que viviendo en el mismo edificio y habiendo adquirido el mismo aceite, no han quedado afectados —cuando hay afectados por ejemplo en el 2° B, en el 7° C, en el 3° A y B, y en el resto de viviendas no hay ninguno—, esta cifra de consumidores no afectados supera en muchísimos miles de personas a la cifra de personas que realmente enfermaron.

Pero hay más. Hablando con el Dr. Corralero en su lugar de trabajo, el Hospital Primero de Octubre, de Madrid, me comentó en una lluviosa tarde de abril que «también este hospital era cliente de RAELCA» (aceite supuestamente tóxico). «Yo me enteré a través del mismo director, que me lo reconoció. Los albaranes de cocina desaparecieron de la noche a la mañana.»

Esto nos lleva a un nuevo campo y a una nueva dimensión del problema.

Ya el fallecido director en funciones del Hospital del Rey había dicho «Es un aceite barato, consumido por la gente sencilla como podemos ver, y también por centros e instituciones grandes, donde el que dirige la cocina dispone de un presupuesto más bien precario y procura por eso, dar de comer bien, pero aquilatando lo más posible. Por ejemplo, este aceite es consumido en cuarteles, hospitales, asilos de ancianos, distintos tipos de residencia, hospitales psiquiátricos, etc.»

En la intervención ante sus colegas en el Ministerio de Sanidad. el 24 de

noviembre de 1981, amplió detalles al respecto: «Donde más se ha vendido ese aceite es en aquellos sitios en que interesa un aceite barato y en grandes cantidades, y que al comprarlo por un duro o dos más barato, permite suponer un ahorro. Por ejemplo, en los cuarteles de la zona afectada —sabéis que está llena de cuarteles, en Madrid; es decir, toda la zona de Carabanchel, Campamento, Aluche, Colmenar Viejo, etc., está lleno de cuarteles— la dotación que tiene el sargento de cocina y el capitán de cocina es muy pequeña y entonces eran unos gandes consumidores de este tipo de aceite suministrado exactamente como es; quiero decir, el que denominan tóxico, típico. Pero es que por ejemplo se ha utilizado con análisis de todos los habidos y por haber, en los setecientos comensales diarios del comedor de la Facultad de Ciencias Económicas de Somosaguas, en donde sólo está enfermo el conserje y hay enferma una familia, en relación con esto, pero ni uno solo de los setecientos casos».
El hijo del Dr. Muro me aclararía lo de la implicación del conserje. «Los encargados del bar de la facultad que están dando las comidas son de Alcorcón y están afectadas la mayor parte de las familias. Y el aceite que allí consumían, que tienen un bar en Alcorcón, es el mismo aceite que utilizaron en Somosaguas. Y en Alcorcón sí hay afectados y en Somosaguas ninguno. Si fuera el aceite, algún universitario ha debido de caer. Alguno. No cayó ninguno. Pues... ¡qué bien!: es selectivo, el aceite ese.»
Prosigamos con la disertación de su padre, años atrás: «El mismo aceite se ha usado en los cuatrocientos asilados de la Residencia de Ancianos de Alcalá de Henares, se ha usado en comedores escolares de niños durante el mes de mayo y durante meses anteriores. Se ha usado en hospitales. Por ejemplo, en Palencia se ha utilizado en manicomios y no se ha producido ni un solo caso en establecimientos cerrados. Bien es cierto que en establecimientos cerrados los artículos muy perecederos como el tomate, y más de una serie muy madura, no podían ser consumidos nunca, es decir que era prácticamente, epidemiológicamente imposible que se produjera un solo caso en un local cerrado de cientos de personas, donde los tomates hay que comprarlos por cientos de kilos, y donde son perecederos. Mientras que, si fuese el aceite, lógicamente en estos grandes comedores era lógico que se hubiesen producido, y yo sí que les diré quiénes han consumido este aceite.» Como ya repetí en más de una ocasión, murió demasiado pronto.
El antiguo jefe de Sanidad de Torrejón de Ardoz me confirmó que «conocemos a muchos tipos de enfermos del síndrome tóxico que jamás tomaron el aceite, por supuesto».

Cuanto mas se adentra uno en esta investigación, más asombrado se va quedando a la vista de lo que sale a la luz. Así por ejemplo, en las conclusiones a que llegaron los especialistas de la OMS en su reunión en Madrid en marzo de 1983, leemos: «Desde un punto de vista epidemiológico, todavía no está claro si la anilina y los productos de reacción de la anilina se encontraban sólo en los aceites relacionados con casos, o si el aceite des-desnaturalizado —o sea, renaturalizado— era en realidad más ampliamente distribuido y consumido en España tanto antes de la epidemia como durante la misma e incluso en partes del país no afectadas por el SAT.»
La eurodiputada Dorothee Piermont denunció en el I Congreso de Internacionalismo de los verdes, en Kassel, en octubre de 1985, que «en total solamente enfermaron el 7 por mil de aquellos que consumieron el presunto aceite altamente venenoso».
El Dr. Francisco Javier Martínez Ruiz, integrante de la comisión de investigación epidemiológica del PNST de Presidencia del Gobierno, me confirmaría: «Lo que nosotros sacamos es que menos de un 1% resultaron afectados, de todos los que consumieron aceites sospechosos».
Estos escandalosos resultados que arroja una epidemiología bien llevada, fueron los que quedaron tapados, precisamente por la desastrosa investigación epidemiológica que se llevó a cabo.
Así, en el «Anexo II (Escritos relacionados con la investigación epidemiológica)» del Informe resumido de las actuaciones del Programa Nacional de Atención y Seguimiento que con fecha 11 de enero de 1982 emite el director de dicho Programa, el Dr. Manuel Evangelista Benítez, se observa la reiterada inasistencia a las sesiones epidemiológicas del representante de la Dirección General de Salud Pública, Dr. Ricardo Saiegh, cuya asistencia era necesaria para la buena marcha de las sesiones: «...se constata una vez más la ausencia del Dr. Saiegh, representante designado por la Dirección General de Salud Pública. La reiteración de estas situaciones y el mantenimiento de esta actitud entraña, a juicio de esta Dirección, graves omisiones administrativas...», escribió el Dr. Evangelista el 17 de diciembre de 1981. Entre los asistentes a esta reunión se llegó a comentar —y así lo expresa el informe correspondiente—que la ausencia del Dr. Saiegh podría ser indicativo de que la Dirección General de Salud Pública no quería estar presente en los trabajos del Grupo Epidemiológico del Programa. ¡En una epidemia nacional con más de 25.000 afectados!

«En 1982, el Dr. Evangelista dimitió afirmando que no existía investigación epidemiológica. En 1984, la Comisión de investigación Epidemiológi-

ca se dedicó a averiguar quienes fueron los autores de los estudios epidemiológicos para obtener información sobre el paradero de la documentación de tales trabajos. La Comisión se disolvió sin conseguir la documentación principal. No obstante esta carencia de antecedentes, el Plan Nacional del Síndrome Tóxico no tuvo inconveniente en emitir informes sobre aspectos fundamentales. El 23 de febrero de 1983 el PNST envió al Juzgado un informe que se decía emitido el 22 de septiembre de 1982 y ratificado el 18 de febrero de 1983, que afirmaba categóricamente "la relación aceite-enfermedad probada por las evidencias epidemiológicas". En esa fecha, el PNST carecía no sólo de estudios sino de los más elementales datos epidemiológicos, e incluso, desconocía dónde se encontraba depositada la documentación que los contenía. Esta situación se reconoce en el informe de la CIE titulado Actividades llevadas a cabo por la Comisión de Investigación Epidemiológica, de agosto 83 a abril 84.» Tal es el texto literal de la denuncia formulada al respecto ante el Parlamento Europeo, el 26 de octubre de 1986.

Previas a su dimisión, el Dr. Evangelista, como dije a la sazón director del Programa Nacional de Atención y Seguimiento del Síndrome Tóxico, dirigió numerosas cartas al secretario de Estado para la Sanidad, alguna de ellas con carácter confidencial, en las que le comunicaba el caos reinante en el área de epidemiología, en lo que a la investigación del síndrome tóxico se refería.

Así, en carta del 4 de septiembre de «he podido evidenciar un grave déficit de información epidemiológica».

Y en carta del 20 de septiembre del mismo año: «El déficit de información epidemiológica clínica, que "handicapa" de inicio el Programa, obliga...».

En informe del 27 de octubre de 1981: «un grave déficit de información epidemiológica, que muy parcialmente y con fiabilidad científica dudosa había intentado ser suplida... (...) El desarrollo parcial, no coordinado, asistemático de la epidemiología del síndrome tóxico, era desde entonces el más grave hándicap... (...) La situación de entonces, desde el punto de vista de información epidemiológica, era a nuestro juicio muy grave... (...) la inexistencia de un censo objetivo de población afectada (...) la inexistencia de un censo de población potencialmente afectada, en riesgo, que verosímilmente había entrado en contacto con el producto tóxico, sin que hubiese evidenciado, hasta la fecha, manifestación sintomática alguna (...) carencia de censo (...) Inexistencia de encuestas dirigidas adecuadamente con criterios científicos al análisis de los mecanismos de transmisión (...)

No ha existido información epidemiológica científica al personal facultativo clínico asistencial (...) el número de fichas procesadas, con fecha 14 de mayo, 14 días después del comienzo del síndrome, según se informó en la reunión celebrada en el Ministerio, con fecha 14 de mayo, era de 106 y carentes de sugestión epidemiológica alguna (...) han podido evidenciarse los siguientes déficits, en gran parte obedientes al déficit inicialmente existente de dirección epidemiológica (...) Aceptada esta tarea de planificación e información como competencia de la Dirección General de Salud Pública, rogamos, respetuosamente, que estas funciones, por su trascendencia, las ejerza de oficio y de no aceptar expresamente la propuesta que elevamos a este Consejo de Dirección, se nos inhiba de la responsabilidad que puede entrañar diferir en el tiempo el estudio prospectivo que se viene realizando, así como la planificación de los aspectos mas profundos de epidemiología analítica, en cuya necesidad nos parece ocioso insistir.» En este informe destaca también el siguiente comentario: «Pudimos constatar una grave indignación del personal facultativo asistencial, por el conocimiento del informe epidemiológico del área de salud pública, a través de un artículo publicado en una revista americana (Morbility and Mortality - Weekly Rapport - M.M.W.R., editada por el Centro de Atlanta)». Ciertamente es preocupante que los americanos se interesen muchísimo mas que los propios españoles por las características de una epidemia que afectó a mas de 25.000 personas aquí, en España.

En informe del Programa Nacional de Atención y Seguimiento del Síndrome Tóxico, fechado el 17 de diciembre de 1981, se insiste en «la necesidad ineludible de disponer de la información epidemiológica que no se ha realizado desde otras instancias».

Una comisión del Senado que investigó la situación en mayo de 1983 afirmó: «La investigación epidemiológica ha carecido del rigor necesario» .

Anteriormente, el 12 de abril de 1982, la Federación Provincial de Asociaciones de Consumidores Afectados y Perjudicados por el Síndrome Tóxico (FACSINTO), emitió un informe en el que insistía igualmente en la gravedad que suponía la ausencia de investigaciones epidemiológicas para el esclarecimiento del origen del síndrome tóxico.

Rafael Cid escribe en Cambio 16 del 6 de abril de 1987 que el secretario de Estado para el Consumo en el gobierno de Calvo-Sotelo, José Enrique Martínez de Genique, le confirmó en enero de 1985: «Llegó un momento en que estaba claro que siguiendo con el aceite no llegábamos a nada positivo. Era insostenible. Las encuestas epidemiológicas no cumplían los requisitos

científicos mínimos. Ni todos los afectados habían tomado aceite, ni mucho menos todos los que habían ingerido aceite resultaron afectados».

En escrito de conclusiones dirigido a la Sala por el procurador de los Tribunales José Manuel Dorremochea Aramburu con fecha 11 de noviembre de 1986, podemos leer: «La relación entre el aceite y la enfermedad conocida como síndrome tóxico ha sido establecida exclusivamente en la investigación epidemiológica. Toda investigación química, toxicológica y bioexperimental, lejos de confirmar tal relación, ha fracasado. Por otra parte, la asociación entre los aceites sospechosos y la enfermedad, deducida de la investigación epidemiológica, en ningún estudio realizado ni informe emitido ha sido calificada o considerada como causal. Al margen de la ausencia de la necesaria confirmación toxicológica, química y bioexperimental de los resultados epidemiológicos para afirmar la causalidad, la propia investigación epidemiológica, realizada en el síndrome tóxico, carece de los requisitos mínimos exigidos por dicha ciencia para considerar a la asociación deducida en ella como posiblemente causal. No concurre ninguna de las leyes de evidencia exigidas para establecer la causalidad epidemiológica. Independientemente se ha evidenciado la inadecuación del método seguido (estudios casos-control) y el error o falseamiento de las premisas, deducciones e incluso de la propia consideración de los estudios.»

El letrado Juan Francisco Franco me comentó al respecto: «Aquí hay dos cosas clarísimas: que por un lado se ha falseado toda la investigación epidemiológica, y que por otro lado se ha impedido la investigación en organofosforados.»

Cabe destacar que solamente al cabo de más de dos años de la tragedia, se formó —en el mes de julio de 1983— la Comisión Epidemiológica del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico, de Presidencia del Gobierno, integrada por cinco epidemiólogos catalanes procedentes de la Generalitat de Catalunya, cuyo presidente era la Dra. Susana Sans, que dimitió en septiembre de 1984 por falta de medios. Según diría mas tarde un integrante de su equipo, la Dra. Sans le habría comentado en cierta ocasión: «¿No te das cuenta de que hay un pacto político entre todos los partidos políticos para dejar el tema del síndrome tóxico como estaba?»

Para finalizar ya este capítulo sobre la investigación epidemiológica, reproduciré a continuación íntegro el estudio Apuntes sobre la investigación epidemiológica oficial del síndrome tóxico, emitido en febrero de 1985 por los doctores María Jesús Clavera Ortiz y Francisco Javier Martínez Ruiz, ambos integrantes durante 1983-84 de la Comisión de investigación Epidemiológica del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico, de Presidencia del Gobierno.

MARIA JESUS CLAVERA ORTIZ
FCO. JAVIER MARTINEZ RUIZ

APUNTES SOBRE:
<u>LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA OFICIAL</u>
DEL SINDROME tóxico

A.- LA HIPOTESIS OFICIAL DEL "ACEITE"
1.- IMPORTANTES IRREGULARIDADES EN EL PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS
2.- INCOHERENCIA DE LA HIPOTESIS: Grandes contradicciones poblacionales y espacio-temporales.
2a.- Contradicciones a nivel de gran agregado.
2b.- Contradicciones a nivel de pequeño agregado.
3.- GRAVES SESGOS EN LA CONTRASTACION EPIDEMIOLOGICA DE LA HIPOTESIS
4.- IRREGULARIDADES EN LA EVALUACION Y DEDUCCIONES DE CONCLUSIONES EN LA HIPOTESIS OFICIAL.
B.- INVESTIGACION OFICIAL DE HIPOTESIS ALTERNATIVAS

<u>1.- IMPORTANTES IRREGULARIDADES EN EL PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS</u>

Se pretendió dar como hecho científico la inculpación de cierto "aceite", pero ninguna Institución Científica ni ninguna Comisión Ministerial de Seguimiento de la Epidemia fue consultada, ni se pronunció antes de oficializarse la inculpación.

Se inculpó ministerial y judicialmente a cierto tipo de "aceite", y sólamente después se busca afanosa y valdiamente pruebas epidemiológicas y toxicológicas de tal inculpación.

Existen serias dudas de que el estudio epidemiológico realizado por el Dr. Tabuenca antes del 10 de Junio de 1981 y presentado como única prueba para la inculpación oficial contra el "aceite" haya sido efectuado <u>realmente antes</u> (e incluso después) de dicha inculpación.

El primer e ineludible paso del método científico se incumplió: La hipotesis oficial nunca ha sido definida ni fijada. Esto permitirá a lo largo de 4 años no considerarla nunca refutada. NO se puede tirar abajo algo que no existe.

Por todo ello la teória del aceite no puede considerarse una HIPOTESIS CIENTIFICA, es sólo una falacia, una ilusión deseada, ignoramos por qué, social y politicamente.

2.- INCOHERENCIA DE LA HIPOTESIS: GRANDES CONTRADICCIONES ESPACIO-TEMPORALES Y POBLACIONALES.

Se han detectado importantes contradicciones a nivel de gran agregado (nacionales, provinciales, comarcales, etc...) consistentes en importantes no correspordencias entre las cantidades, lugares y momentos de aparición de la enfermedad y los de la distribución de los "aceites".

También a nivel de pequeño agregado (municipios, edificios, familias, etc...) se detectan grandes contradicciones aún más inexplicables por cuanto estos agregados compartían las mismas partidas de "aceite".

Estas contradicciones son inexplicables con la teoria oficial del "aceite", pero son muy explicables con la hipótesis alternativa que considera las hortalizas como vehículo del tóxico.

2a. CONTRADICCIONES POBLACIONALES A NIVEL DE GRAN AGREGADO

No hay una relación temporal entre la comercialización del aceite sospechoso (posible causa) y la aparición de la epidemia (efecto). El inicio de la epidemia se adelantó a la comercialización del supuesto aceite sospechoso, asi como la desaparición de la epidemia se adelantó más de un mes a la retirada del aceite sospechoso.

Menos del 7 por 1000 de los comensales del presunto "aceite tóxico" resultaron afectados, y más del 993 por 1000 resultaron totalmente indemnes. Una tasa de afectación tan escasa es contradictorio con un tóxico que se revela con efectos tan fulminantes, intensos e irreversibles.

Los aceites y marcas inculpadas no presentan ningún elemento en común (composición, circuitos, transportes, procedencia, envases, etc,...); tal heterogeneidad y multiplicidad es incompatible con el carácter UNIMODAL, EXPLOSIVO y AISLADO (no cíclico ni mantenido) de fenómeno epidémico observado.

Sea cual sea el tóxico, se haya volatilizado o no, no puede encontrarse en los circuitos de distribución de "aceites" existentes en 1981 ningún tramo o estación (sea ésta comercializadora, refinadora, envasadora, almacenadora, importadora, etc ...) en la que de suponerse en ella una contaminación, pueda justificarse (ni aproximadamente) la extensión geografica y/o cuantitativa que ha tenido este explosivo envenenamiento.

Ni aún agrupando todas las partidas y marcas que compartan un mismo componente graso (colza con o sin anilinas, grasa animal. semillas, etc,..) y suponiendo entre ellas conexiones detectadas o indetectadas, puede llegar a justificarse muy amplios sectores geográficos y/o cuantitativos de la epidemia y cada uno de estos tipos de aceite fue distribuido masivamente, además, en provincias en los que apenas han aparecido casos.

Los innegables afectados, habitantes en provincias del Este y Sur de España, que han sido artificialmente excluidos como afectado por la Administración no han consumido ninguno de los tipos y marca de aceites inculpados.

Especialmente el aceite de colza (con o sin anilinas-das), fué ampliamente consumido, sin observarse afectados, en Cataluña, aunque algunos lotes de aceites que se exportaban a Castilla (ya envasados y etiquetados) adquirían con el traslado una "misteriosa" capacidad de intoxicar.

Por todo lo anterior y por el hecho de que más del 50% de afectados no consumieron ningún tipo de aceite de colza, es ERRONEO totalmente asociar "COLZA desnaturalizada con anilinas" o simplemente "COLZA" con "Síndrome tóxico". Idéntico razonamiento sirve para el resto de tipos de aceites o marcas inculpadas.

2b.- CONTRADICCIONES POBLACIONALES A NIVEL DE PEQUEÑOS

AGREGADOS

En los municipios y edificios de las comarcas tradicional y masivamente consumidoras de los "aceites" inculpados se observan intensas agrupaciones espaciales y temporales de muy baja tasa de afectación, que son correspondientes con lugares y fechas de ventas de hortalizas y verduras y por el contrario no son correspondientes con el consumo generalizado, cotidiano y de reposición mensual de los "aceites" sospechosos.

Es igualmente contradictorio para un comestible fluido homogéneo de consumo masivo y cotidiano que apenas una sola familia con 1 ó 2 afectados sea el patrón de incidencia típico observado reiteradamente en edificios en los que prácticamente todas sus familias consumían, durante los mismos periodos, un mismo "aceite tóxico" comprado a los mismos vendedores en los mismos días

El patrón típico de afectación familiar que deberia esperarse, por tratarse de un fluido de consumo obligado y continuo, seria el de "todos los comensales familiares afectados"; sin embargo este patrón de afectación esperable solo sucedera en menos del 5% de la familias, y sólo un 25% de las familias afectadas tendrán mas de 2 miembros afectados. Asimismo, es contradictorio que el 50% de las familias afectadas en esta epidemia, únicamente hayan presentado un sólo afectado (caido en fechas "extrañamente" coincidentes con los casos ocurridos en su mismo municipio) y que el 25% de las familias afectadas presenten tan solo 2 comensales afectados (con un intervalo de inter-afectación de 0-4 días generalmente).

Ningún factor individual, infeccioso, inmunitario, genetico, etc, ... puede esgrimierse para justificar las flagrantes contradicciones detectadas en los puntos anteriores:

Pese a que la Administración ha rehuido sistematicamente hablar de estas contradicciones, alegando la nula importancia de las mismas ha sido consciente, en todo momento, de que estas incoherencias representan uno de los puntos mas debiles de su hipótesis (que postula como vehiculo del tóxico a un fluido de consumo obligado y continuo). Por ello gastara elevados presupuestos para rea-

lizar estudios que justificaran de alguna forma esta extraña "discriminación intrafamiliar".

GRAVES SESGOS EN LA CONTRASTACION EPIDEMIOLOGICA DE LA HIPOTESIS

Los estadios para investigar la relación del "aceite" con la enfermedad desconsideran las mas de 20 marcas comerciales (consumidas por los afectados) inculpadas, asi como la presencia (o no) de colza y anilidas sobre las que de facto se ha basado toda la inculpación.

Se han ignorado las diversas procedencias (distintas composiciones) de los aceites sin marca, considerándose estos aceites como provenientes de un mismo origen y por tanto potencialmente causantes de un mismo mal. Tal forma de proceder hubiera bastado para apoyar la inculpación de agua, pan, verduras, o cualquier otro alimento sin marca.

Al establecerse como un criterio Mayor de diagnóstico de la enfermedad el consumo de "aceite" (sin especificar procedencia, ni analizar el mismo), se excluyó del Censo Oficial de Afectados practicamente a todo enfermo que niegue la posibilidad de haber consumido "aceite". Se excluyeron asimismo del Censo a los afectados de las provincias en que la relación con el "aceite" era imposible por razones de comercialización este y sur de España.

Los estudios posteriores para contrastar la relación enfermedad con "aceite" se realizarán sobre este sesgado censo y sobre estas provincias: "El pez que se muerde la cola".

Los estudios epidemiologicos de caso-control, sugeridos oficialmente como prueba aceptable de causalidad entre el "aceite" y la enfermedad, a pesar de estar intensamente sesgados, no alcanzan mas que a mostrar una de las nultiples asociaciones que se han detectado en torno al Síndrome Tóxico (como suele ser habitual en toda epidemia):

Se trata de una asociación a nivel familiar entre "COMPRA DE ACEITE EN GARRAFAS DE PLASTICO DE 5 Litros SIN MARCA" ignorando, como se ha dicho anteriormente, las diversas proce-

dencias y sin conocer el contenido analítico de las mismas —Colza o no colza— y "PRESENCIA DE AFECTADOS EN LA FAMILIA".

Esta asociación no se ha podido demostrar INDIVIDUAL (el afetado está asociado al "aceite"), ni de DOSIS-EFECTO (a mas dosis de "aceite" más intensa la enfermedad) y ademas se ha demostrado que es totalmente ESPUREA y claramente no causal.

Ahora bien, si tomamos en consideración los porcentajes objetivos de "COMPRA DE ACEITE EN GARRAFAS DE PLASTICO DE 5 Litros SIN MARCA" en las distintas poblaciones (porcentajes obtenidos en las operaciones canje), observamos que curiosamente son muy semejantes a los que se obtienen de las familias afectadas, y que los porcentajes declarados por las familias sanas son muy inferiores. Por ello la anterior asociación podría describirse, mas correctamente, de la siguiente forma:

"Las familias sin afectados en los municipios con casos declararon, haber COMPRADO ACEITE EN GARRAFAS DE PLASTICO de 5 Litros SIN MARCA en mucha menor proporcion que las familias afectadas".

Esta negación sistematica de la compra de ''aceite" por parte de las familias sanas, queda muy bien relatada en los estudios realizados en Estebanvela y Ayllón.

Los estudios caso-control no pasan de ser meras encuestas sociales lógicas realizadas en uno de los momentos de mas presión colectiva en contra de unos "aceites" que fueron catalogados por la prensa como "aceites clandestinos, asesinos, de pobre, etc ...", y no pueden ser utilizados como ninguna prueba epidemiologica.

4.- IRREGULARIDADES EN LA EVALUACION Y DEDUCCION DE CONCLUSIONES EN LA HIPOTESIS OFICIAL

Los equipos cientificos "oficiales" que se han pronunciado apoyando la tesis oficial y descartando las tesis disidentes han sido JUEZ y PARTE y no podian pronunciarse, en realidad, en contra de las posturas del Gobierno Español.

Los expertos internacionales que han intervenido para evaluar la teoria del ''aceite" se ha desvelado posteriormente que no eran

(excepto 1) expertos en el tema a tratar (grasas, anilinas... Sino por el contrario eran expertos en pesticidas (tesis disidentes), algunos de ellos en pesticidas organofosforados e investigadores pioneros en Neuropatia retardada producida por dichos pesticidas, ¿Por qué?.

El único experto en grasas, representaba los intereses de una multinacional en grasas (UNILEVER), que domina el mercado de colza en Europa y que estuvo interesada en comprar la empresa española "Aceites Carbonell" (en 1980 y en 1984) que como resultado del S.T. pasó de empresa en quiebra a lider del sector.

La O.M.S. no ha ratificado en realidad la tesis oficial del aceite ni ha descartado las tesis causales disidentes, lo que no se ajusta a lo que viene afirmando el Gobierno Español (La O.M.S. depende a su vez de los distintos Gobiernos que la mantienen).

Todas y cada una de las pruebas indiciarias que en la reunión organizada por el P.N.S.T. y oficina regional de Copenhague de la O.M.S. se adujeron para fundamentar la inculpación del "aceite", (curva de incidencia de la enfermedad, circuitos de distribución de "aceites" correlacionado con distribucion de enfermedad y estudios de caso-control), han resultado ser irreales o manipuladas, pese a lo cual se sigue afirmando oficialmente que la hipótesis oficial es cientifica y seria (y ademas la única).

Sin embargo, ninguna persona o Institución Cientifica ha afirmado jamás por escrito (judicialmente, en publicaciones científicas, etc...) que existan pruebas de que algún tipo de "aceite' sea la causa, ni aún parcial o indirecta, de los casos de síndrome tóxico. Si han sido numerosos los científicos que han rechazado, por escrito, incluso ante Juez o Notario, tal posibilidad.

A los casi 4 años de producida la intoxicación, la hipotesis oficial no ha podido demostrar ni un solo indicio epidemiológico ni toxicológico (los análisis toxicológicos y la bioexperimentación han sido estériles) que sea real, lo que está en contradicción con la relativa rapidez con la que en las intoxicaciones del presente siglo detectaron cientificamente sus agentes causales (dias y a lo sumo meses).

B.- INVESTIGACION OFICIAL DE HIPOTESIS ALTERNATIVAS

Desde los primeros dias de la epidemia han ido apareciendo una serie creciente de cientificos que han rechazado con más o menos enfasis la hipotesis causal oficial. La Comisión cientifica oficial ha rechazado precoz y sistemáticamente (sin argumentacion, ni examen real de las mismas) estas refutaciones desacreditando incluso a los cientificos que las expresaron.

Varios cientificos han propuesto, desde 1981, hipotesis etiológicas y terapeúticas alternativas, expresadas coherente y científicamente y presentadas en diversos organismos oficiales (P.N.S.T., Ministerio de Sanidad, Juzgado de Instrucción, Fiscalia, etc...). Tambien estas Hipótesis han sido precoz y persistentemente excluidas de forma drastica e incluso denigratoria.

Ninguna de estas Hipótesis disidentes han sido jamás investigadas ni siquiera examinadas por la Administración. En la relacion de proyectos de investigación aprobados por el P.N.S.T. y dotados economicamente, no se contempla ninguna Hipótesis alternativa, solo el estudio de "aceites" y toxicos derivados de la anilina. (Ver anexo).

Las Hipótesis alternativas han sido descalificadas sistemáticamente como "Hipótesis sin base cientifica", "Hipótesis no verosimiles" o "Hipótesis no seria", sin ruborizarse al pensar en lo apropiados que podrian ser estos adjetivos respecto de su propia Hipótesis ("aceite").

La única forma cientifica que existe de rechazar una hipótesis (verosímil o no, seria o no) ės proceder a su experimentación y obtener resultados (sólo los resultados y no los comités inquisitoriales de "expertos") pueden refutar o continuar sosteniendo una hipótesis.

Este proceso de experimentación no ha sido realizado por parte del PNST con ninguna hipótesis alternativa (que curiosamente todas son coincidentes entre si). Por ello no es de extrañar que no haya podido elaborarse ningún Inforne Cientifico de "por qué una Hipótesis alternativa ha sido rechazada".

Los tomates venenosos

A la vista de todos los datos que hoy poseemos, algunos de los cuales he aportado hasta ahora en este libro, se hace no ya difícil, sino imposible, mantener que el aceite de colza desnaturalizado fuera el desencadenante del envenenamiento masivo de la primavera de 1981 en España. Tal posibilidad ha quedado descartada —como hemos ido viendo— por los nulos resultados arrojados al respecto tanto por la investigación toxicológica, como por la bioexperimental y también por la epidemiológica.

Pero entonces, ¿por qué la Administración ha ido fomentando la idea de que fue el aceite lo que envenenó a tantos administrados? ¿Por qué ha cerrado sus oídos a tantas voces que indicaban —algunas susurrando pero otras gritando— que ese no era el camino y que en cambio había otro que permitía llegar al foco de la epidemia e incluso a la curación de los afectados? Como ya dije al principio, en buena lógica igual daba que la fisura en los controles oficiales quedara descubierta en el negocio del aceite, como en el negocio del tomate. Puestos a tener que reconocer un fallo en el sistema, tanto daba una que otra variante. La única diferencia estriba en que por la vía del aceite solamente se descubre un fraude alimenticio, mientras que por la vía del tomate se descubre una imprudencia temeraria tras la cual se puede esconder un error dirigido. Solamente así se explica la actitud oficial frente a este problema. Naturalmente no lo voy a poder demostrar aquí. Pero si doy flechas más que sobradas que apuntan a esta diana.

Del aceite ya he dicho todo lo que tenía pensado decir en este libro. No voy a insistir más en el tema. Vamos a dedicarnos ahora al tomate, que nos llevará por ende al origen del drama: a los organofosforados, o, mas propiamente, a los organotiofosforados. Mucho más allá ya no voy a ir. Ese más

allá lo voy a dejar para el lector en el siguiente comentario que me hiciera el antiguo jefe local de Sanidad de Torrejón de Ardoz: «Yo recuerdo que unas fechas antes de morirse Múro, salió el subsecretario con los ojos humedecidos, el Dr. Sabando, que era entonces el subsecretario de Sanidad del Ministerio socialista de Ernest Lluch. Y yo entonces le pregunté a Muro: "Oye, ¿por qué ha salido así Sabando?" Dice: "Mira: Sabando, además de estar en la UGT conmigo durante muchos años, sobre todo en la federación de Sanidad, nos conocemos a pies juntillas; es más: él sabe de mi integridad, como yo puedo saber de la de él, y concretamente cuando yo estuve de director en el hospital de la Princesa Sofía —que antes se llamaba Hospital General, que fue Muro director también de él— ahí trabajaba Sabando de reumatólogo. " Digo: "¿Y por qué salió con los ojos humedecidos?" Dice: "Pues mira: porque le dije yo que cuándo va a hacer caso de todo el informe que yo le he mandado a Lluch, que no es nada más que un informe para poder investigar toda esta línea de investigación del síndrome tóxico; y la contestación de Sabando fue: Mira: yo ya he hablado repetidas veces con el Ministro, con Lluch, y siempre he obtenido la misma respuesta, que esto no es un problema del Ministerio de Sanidad, ni de ningún otro Ministerio; esto es un problema de Guerra, Felipe González, CESID (o sea inteligencia militar), y luego, por decir algo que lo englobe todo alrededor, digamos KGB-CIA; este es el único problema, y de ahí no puedes sacarlo. Y dijo: Así que, Muro, difícilmente puedo yo ayudarte ni como amigo ni como socialista, porque esto esta por encima de lo que yo puedo aportar o de lo que yo puedo saber de lo del síndrome, esto es algo superior a nosotros". Y no es que saliera llorando por la decepción, sino porque veía que se le moría un amigo, v el otro le decía: "Parece mentira, parece mentira que con lo que me he entregado yo no solamente al partido, sino a las personas, con las veces que he llamado a la puerta, ahora, mientras me estoy muriendo, me llega un ramo de flores desde la conserjería de Sanidad de Madrid, de María de Mendoza, y otro de Leguina: eso es todo lo que el Partido Socialista tiene que escuchar de mí: unas flores rojas a punto de morir." Eso fue lo que me contó Muro.»

Volvamos a establecer el contacto pues con la investigación del antiguo director en funciones del Hospital del Rey, cesado precisamente por decir por dónde había que buscar. Habíamos dejado ese contacto en el capítulo «La pista de los organofosforados». Nos habíamos quedado con ello en el mes de julio de 1981. En el capítulo siguiente hablamos de que el ministro de Sanidad conocía los trabajos íntegros del Dr. Muro desde el 28 de julio

de aquel año. Se estaba muy a tiempo aún de enmendar los erróneos caminos emprendidos. Luego, el 24 de noviembre, el Dr. Muro expuso someramente sus estudios, durante seis horas y ante notario, en el Ministerio de Sanidad. Después, durante diciembre de 1981 y enero de 1982, aportó suficiente documentación a varias sesiones de la Comisión de Encuesta Congreso-Senado para el Síndrome Tóxico. Uno de estos trabajos es el que voy a reproducir a continuación en su integridad, puesto que es un buen resumen redactado por el propio Dr. Muro, de su investigación. Aunque se repite en él el repaso a la sintomatología de la enfermedad, que ya apunté en forma esquemática en el capítulo «Los síntomas», doy por adecuado el repetirla aquí puesto que quedará así mucho más clara con los oportunos comentarios que hace el Dr. Muro, con alguna que otra indicación precisa que apunta claramente a la intoxicación por organofosforados. Precisamente porque los síntomas que presentaban los enfermos eran un punto de partida que le permitió llegar hasta el producto que los causó. Veamos pues su trabajo.

LA INTOXICACION EPIDEMICA DE LA PRIMAVERA Y VERANO DE 1981 EN ESPAÑA SEGUN ANTONIO MURO Y FERNANDEZ CAVADA. MADRID, ENERO 1982.

<u>LA ENFERMEDAD.</u>

DEFINICION: ES una enfermedad sistémica, de origen digestivo, predominantemente familiar y de aparición en forma epidémica, en el mes de abril de 1981.

ETIOLOGIA: El agente causal es un tóxico biotransformado por un vegetal, del que llegan al hombre sus frutos.

EPIDEMIOLOGIA: El producto químico, empleado para tratar un terreno de cultivo huertano, alcanza la planta a través de la raiz y, llega al fruto donde se incrementa su acción patógena.

El fruto, una vez recogido es transportado a una alhóndiga donde se subasta en diferentes lotes, que son adquiridos por diversos compradores. La recogida del fruto se efectúa durante la última decena del mes de abril, todo el mes de mayo y los primeros dias del mes de junio de 1981.

Como el número diario de subastas es superior a cinco y los dias de recolección, en cantidad global de unos cuarenta, podemos cole-

gir que han sido ofertados en unas doscientas subastas y adquiridos, aproximadamente, podemos suponer, que han sido adquiridos por algo menos de un centenar de compradores.

Los rematadores de las subastas o compradores transportan el fruto hasta almacenes o mercados centrales, en donde tiene lugar la venta a otros distribuidores, que a su vez, envían los productos a mercadillos, fruterías propias o a unas segundas estaciones de almacenamiento de las que, por último, pasan al punto de venta final.

EDAD: la enfermedad afecta por igual a todas las edades.

SEXO: No tiene preferencia por ningún sexo.

EXPOSICION: Aunque la disposición a la intoxicación no tiene preferencia por ningún sexo o edad determinada, la exposición, por razones sociológicas, es mayor en la mujer que en el hombre, en las edades comprendidas entre los 4 y los 60 años de edad.

El vehiculo de la sustancia quimica causante de la intoxicación, entra a formar parte de la composición de platos, de preferente ingestión en la comida de mediodía; por lo que los varones trabajadores, comprendidos en edades de 18 y 59 años, que usualmente comen en el lugar de trabajo, han evitado la exposición, y por ende, la intoxicación.

Los gustos y preferencias individuales en relación con los alimentos, hacen que no todos los miembros de una misma familia ingieran de cada uno de los platos que se sirven en una comida; es más, aún tratándose de alimentos similares, ciertos productos son apetecidos y otros por el contrario rechazados. Se instaura así una discriminación intrafamiliar que dicotomiza a la familia; por un lado los que ingieren el alimento, que son los futuros enfermos y por otro, los que no lo prueban y no sufren la intoxicación.

El fruto, vehiculo del tóxico, conserva su capacidad agresiva tanto en crudo como frito o cocido.

El agente etiológico es tóxico para el hombre y para mamiferos como el perro y demás animales domésticos. Es letal para una serie de plagas del campo, razón por la cual se emplea como fitosanitario en tratamientos del suelo.

La enfermedad se manifiesta el mismo de la ingestión del tóxico aproximadamente a las doce horas de su ingreso en el organismo, o más frecuentemente, al dia siguiente; es decir, al ser un producto quimico y no biológico carece de periodo de incubación.

La encuesta oficial realizada en la localidad de CEREZO (SEGOVIA), demostró que la causa de la discriminación intrafamiliar enfermos/sanos era el consumo/no consumo de ensaladas que fué interpretado de tres formas: 1ª: "quizás tenga importancia el aceite crudo". 2°: "Es un dato inexplicable, pero sin demasiada importancia"; y 3ª: "Nunca se ha pensado que pudiera estar en relación con algún otro componente de la ensalada, independiente del aceite", cual era la evidente realidad.

CLINICA: El comienzo es insidioso o inespecifico, razón por la cual, en los primeros dias, por la sintomatologia no se puede realizar el diagnóstico. Radiológicamente son evidenciables casos inaparentes que conllevan la enfermedad de forma subclinica.

Como sintomas más frecuentes de comienzo encontramos:

FIEBRE que no suele sobrepasar los 38°5, ni bajar de 38°, temperatura que puede mantenerse durante una semana y que es resistente a los antitérmicos. Temperaturas superiores a 41° se benefician tanto de los baños frescos como de las fricciones con alcohol.

CEFALALGIA: Distinta de la jaqueca o migraña habitual; al punto que si recae en un jaquecoso, éste es capaz de diferenciar uno y otro tipo de dolor de cabeza; en ocasiones se manifiesta como una hemicránea. Suele durar una o dos semanas.

PRURITO: Muy intenso e incoercible que en ocasiones es el primero y único síntoma durante 15 dias. Se localiza preferentemente en cuero cabelludo, extendiéndose a brazos y piernas, sin respetar las palmas de las manos y las plantas de los pies con irrupción en tronco y espalda. El prurito se mantiene durante meses en palmas, piernas y más raramente en plantas de pies, por lo que es habitual encontrar en estos enfermos lesiones senales de rascado que en ocasiones llegan a producir pérdida de la piel de las piernas con heridas que alcanzan la dermis.

CANSANCIO: Intenso, sensación de desmadejamiento, incapacidad para toda actividad, que se acompaña de dolores en extremidades superiores e inferiores que dificultan aún más, si ello es posible, la realización de cualquier tarea.

Las reacciones individuales frente al prurito son variadas; van desde quien se ha cortado las uñas hasta producirse traumatismos subungueales (para evitar las lesiones de rascado), hasta el uso de guantes, adquisición de instrumentos de rascado (manitas de madera, cepillos de baño con mango largo).

EXANTEMA: Signo de aparición muy frecuente que no siempre semeja un exantema tóxico. Se han visto todo tipo de exantemas; desde mádulas pequeñas, como cabezas de alfiler, hasta grandes extensiones del cuerpo invadidas por una coloración roja intensa, que puede variar desde las tonalidades rosadas, casi imperceptibles hasta el color rojo vino intenso. El exantema, unas veces recuerda al sarampionoso, otras a una rubeola, a una sépsis o a una reacción enafiláctica, es decir no hay un exantema característico y cada enfermo hace el suyo propio. Suele persistir unas tres semaaas al cabo de las cuales aparentemente desaparece, si bién se hace otra vez visible con ocasión de tomar baños de sol, sumergirse en un baño de agua caliente, llanto o protesta airada. Podriamos hablar de una reactivación del exantema relacionada con las hormonas de la emoción ante la liberación de histamina o adrenalina.

Durante el primer periodo de la enfermedad, los pacientes despiden un OLOR caracteristico a "digestivo", muy perceptible, cuando en una misma planta hospitalaria hay varios enfermos, por acumulación del citado olor.

Los ATS y Auxiliares de Clínica dedicados exclusivamente a la atención de estos enfermos manifiestan haberse visto afectadas de prurito en piernas durante las primeras 4 semanas (primer mes) de la aparición del proceso que nos ocupa.

ASFIXIA: Con dificultad respiratoria que puede llegar a ahogo intenso, cianosis generalizada, labios casi negros que exigen una rápida actuación, (oxigenoterapia).

INSOMNIO: Sintoma de aparición precoz (en la primera semana del proceso). Su hallazgo es constante, podemos decir que se observa en el 100% de los casos, si bien su intensidad es distinta; va desde los que pasan prácticamente 15 dias sin dormir hasta los que tardan 6 meses en poder conciliar la primera hora de sueño.

DOLORES: Que pueden fijarse en espalda, nuca o en la flexura de las piernas, en antebrazos, muñecas y piernas; siempre muy intensos.

DOLOR DE GARGANTA: Con enantema faringeo que suele ser diagnosticado como amigdalitis resistente a los tratamientos habituales.

TOS: No muy intensa, más carraspera ó tos suave y esporádica.

EDEMAS MALEOLARES: Que a veces pueden ser el primer signo subjetivo.

ANOREXIA PERTINAZ: No se desea ningún tipo de alimento.

Hay además otros sintomas de rara aparición, al comienzo de la enfermedad y en determinados individuos que vienen dados por DIARREA y VOMITOS, LIPOTIMIA con CAIDA TENSIONAL, HEMATURIA. Hemos visto familias en que cada uno de sus miembros enfermos presentaba una sintomatologia de comienzo diferente, aunque con una unidad general, de forma que podia unirlos la afectación pulmonar y diferenciarlos la afectación renal o digestiva.

Este comienzo de la enfermedad ó primera fase tiene una duración de unos 15 días. Las exploraciones complementarias de interés en este momento del proceso son:

RADIOLOGIA PULMONAR EN AP Y L: En casi la totalidad de los casos aunque con algunas excepciones la radiografia pulmonar presenta una cisuritis perfectamente dibujada, siempre más ostensible en la proyección lateral con el signo que denominamos de "símbolo de La Mercedes" por su parecido con el caracteristico de esta marca de automóviles. Se observa un marcado patrón intersticial alveolar que en ocasiones se acompaña de derrame más frecuentemente monolateral y desde luego si es bilateral, siempre es asimétrico. Son perceptibles líneas de Kerley en forma de tres rayitas horizontales por encima de los senos costodiafragmáticos a unos dos traveses de dedo y muy cerca de la pared lateral. Si la

radiografía se realiza en clinoposición aparece como velada a diferencia de la efectuada en bipedestación porque el líquido del edema pulmonar se acumula en el decúbito.

HEMOGRAMA: Aparece en esta fase de comienzo una leucocitosis ligera, no superior a 15.000 con eosinofilia que oscila entre 2% y 9%.

QUIMICA SANGUINEA: Es interesante señalar que siempre aparecen unes cifras de sodio que si bien están dentro de los márgenes normales, siempre están próximas al límite inferior. Hay una disminución de O2 proporcional a la sintomatologia de asfixia.

Establecida la enfermedad en su fase de 'estado", se inicia un paulatino ascenso de la leucocitosis en ocasiones, hasta alcanzar cifras de 90.000 con una eosinofilia que puede alcanzar hasta el 90% con unas cifras máximas aproximadamente a los dos meses de la enfermedad.

En este momento se acentúan los dolores musculares que obligan a permanecer inmóvil al enfermo pues cualquier cambio de posición provoca algias intensas.

La sintomatologia en la fase de estado, superada la fase de comienzo y su distress respiratorio, el exantema y el prurito, aunque puedan ser perceptibles en algunos casos reminiscencias de estas alteraciones, es fundamentalmente la de un cuadro neuromuscular con insomnio que suele durar todavia un mes o dos más; adelgazamiento progresivo que en algunos casos ha alcanzado los 10 kilos aunque las cifras medias oscilan entre 8 y 15 kilos.

SIGNO DEL OSO: Es muy frecuente y consiste en una movilidad constante, repetitiva, basculante de forma que el sujeto erecto se apoya alternativamente sobre uno y otro pie y mantiene este constante movimiento durante horas. Si se le sugiere la detención del mismo asegura que si para le doleria.

SIGNO DE LA INERCIA: Una vez el individuo puesto en movimiento es incapaz de detenerse, algunos para poder parar en una carrera al notar la desobediencia a la orden cerebral por parte de sus miembros se tiran al suelo. Asimismo cuando el individuo está sentado o acostado le cuesta un gran esfuerzo cambiar de postura o iniciar su movilización.

DOLOR: Cualquier esfuerzo es doloroso, duelen las piernas y los brazos.

ALTERACIONES NERVIOSAS: la aparición de parestesias es la regla, se localizan de preferencia en las extremidades. Hipersensibilidad al menor roce que provocan temor cuando se aproxima alguna persona. Paresias y hasta parálisis de miembros con fuertes atrofias musculares de preferente localización en las eminencias tenar e hipotenar, cuadriceps interescapulares, gemelos, peroneos e interóseos.

ALTERACION DE LA CRONOBIOLOGIA: El largo periodo de insomnio contribuye en parte a agravar este síntoma que modifica el ritmo horario habitual del individuo que no se sujeta a reglas y que puede ser considerado como en un estado de anomia temporal. Los horarios de toma de alimentos se modifican en el sentido de alargar las pausas con aparición de apetito en momentos extraños como durante la madrugada. Se modifican los horarios en los que realizaba las necesidades fisiológicas o el aseo personal.

SEXO: Hay impotencia masculina con imposibilidad de erección del pene que suele durar uno o dos meses. Frigidez en la mujer con amenorrea que puede mantenerse hasta seis meses, aunque las cifras más frecuentes oscilan entre cuatro y seis meses.

TRASTORNOS VASCULARES: Pueden aparecer trombosis, son frecuentes en el trayecto de la mesentérica y no son raras en la central de la retina con producción de ceguera que suele permanecer aproximadamente cinco ninutos. Al final de la fase de estado empiezan los trastornos de la circulación de retorno objetivables por la demostración de varices en piernas y muslos, edemas maleolares, hemorroides y circulación colateral venosa observable.

ALOPECIA: El pelo se cae a mechones constantemente, se producen calvas en la cabeza. Si en la fase anterior de la enfermedad fueron afectadas las axilas y piernas, no vuelve a salir el vello hasta pasados seis u ocho meses. Se pierde el pelo del pubis, tronco y extremidades. El cabello que permanece se convierte en áspero, lacio, que obliga a su corte y es curioso que aunque no hayan

tenido relación entre si distintos enfermos o enfermas, comparten un similar corte de cabello de unos dos o tres centímetros, después de haber estado un tiempo en el empleo de distintos jabonen y champús con la esperanza de corregir la alteración observada.

UÑAS: Las uñas de las manos muestran a su través una coloración rojiza que progresa con el tiempo hacia el borde libre y que todavía puede observarse a los ocho o nueve meses de enfermedad mediante el resto del signo en forma de franja próxima al borde libre. En los pies las uñas son hiperqueratósicas con estrías transversales que provocan un arqueamiento de convexidad longitudinal, en ocasiones con brillo nacarado que denominamos uñas en "concha de caracol".

TRISMUS: Aunque de diferente intensidad, es bastante frecuente y puede impedir abrir la boca en absoluto o por el contrario permitir una ligera apertura que los mismos enfermos miden en traveses de dedo.

PARESIA DE LENGUA: Es imposible que estos enfermos alcancen con la punta de la lengua los molares posteriores, además presentan trastornos a la deglución y la palabra se ve dificultada, de manera que notan que "se les traba la lengua".

ASIALIA: Boca seca, sin saliva que no se segrega ante estímulos concretos o durante las tomas de alimentos. La lengua seca amanece con las huellas dentarias marcadas en todo su borde.

XEROXTALMIA La desaparición de las lágrimas provoca sequedad corneal con facilidad para las ulceraciones y un picor de ojos como si tuvieran arena.

VISION: El adelgazamiento favorece la aparición de exoftalmos. Hay pérdida de la agudeza visual, frecuentemente asimétrica.

OSTEOPOROSIS: Muy ostensible radiográficamente en todos los huesos largos, esta movilización del calcio da lugar a la caries dental con pérdida de alguna pieza en más del 10% de los enfermos.

MANOS DE LAVANDERA: Con las palmas rojas, quemantes que agradecen su apoyo en lugares frios como mesas metálicas, paredes de mosaico. (Un caso presentaba las palmas muy rojas pero sin sensación de prurito, parestesias ni quemazón, lo que se justificaba por ejercer la profesión de pescadero y permanecer más de diez horas en contacto con hielo y pescados frfos).

NERVIOSISMO Y CAMBIO DE CARACTER: Son signos de constante demostración pero en diversas intensidades. Se han encontrado cambios de carácter que en ocasiones convierten a quien lo padece en una persona completamente desconocida para su familia.

CRECIMIENTO: los enfermos sufren un fuerte estirón, demostrable hasta en edades en que había terminado hace muchos años el crecimiento. Se ha podido demostrar en personas de más de 40 años. Entre los 20 y los 30 años el crecimiento habitual oscila desde 2 a 5 centímetros. Entre los 15 y los 20 años de edad el crecimiento alcanza desde 4 a 18 centímetros. En edades inferiores suele encontrarse entre los 4 y 6 centímetros, aunque en ocasiones se alcanzan esas cifras en los dos primeros meses del proceso. Tras el alta en el hospital es frecuente el tener que alargar los bajos de los pantalones a veces muchos centímetros y es preciso cambiar de zapatos por haber aumentado uno o dos números el tamaño del pie.

Con la enfermedad completamente establecida empieza una fase de ocaso en la que desciende la leucocitosis y la eosinofilia. Han desaparecido ya los trastornos debidos al edema pulmonar. Aparece un bloqueo de rama debido a miocarditis tóxico. Hipertensión pulmonar. Aparece en la piel una melanodermia con hiperqueratosis, una esclerodermia con relieve, manchas de color marrón como las que se encuentran en las partes descubiertas cara o manos en la vejez pero en edades hasta menores de 20 años, la piel -que al comienzo de la enfermedad se podía definir como cutis fino, se ha convertido en cutis basto. En ocasiones esta pigmentación y alteración dérmica se localiza en esclavina, antebrazos, brazos y manos. Se inicia una salida de cabello al principio en forma de pelusa, que poco a poco se robustece pero con pérdida del rizado si anteriormente lo hubo.

Se recupera algo el peso y desde luego siempre se detiene la caida ponderal. En ciertas zonas continua la alopecia total. Se reinicia la apetencia sexual y se hace posible la erección del pene. Se puede

abrir la boca completamente y la lengua ha aumentado la amplitud de sus movimientos. Todavía es manifiesta una pérdida de visión y las manos suelen recordar las manos de lavandera como con sabañones pues los dedos semejan estar afectos de perniosis. Las uñas presentan más de la mitad más próxima a la raiz con características normales y el tercio más cercano al borde libre todavía manifiesta la coloración tipica en las de las manos y la concha de caracol en las de los pies. Es frecuente que la anorexia persista.

En el dorso de la mano y cara anterior de antebrazos es frecuente encontrar en mujeres jóvenes de cutis finos unos trayectos venosos muy dibujados, delgados y de un color verde intenso.

Pueden encontrarse tromboflebitis en piernas. Claudicación intermitente o imposibilidad de echarla pierna para arriba al subir escaleras.

El problema más dificil que plantea esta intoxicación es la comprensión total de la enfermedad que siempre se ha soslayado por la dificultad que entrañaba el intento. A continuación exponemos el fruto de nuestros trabajos sobre:

ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA: Ingresado el producto tóxico en el organismo, se difunde rápidamente hasta alcanzar por el conducto torácico la circulación general desde donde se distribuye, así como por la circulación portal y mesentérica, a aquellos órganos más vascularizados como son el pulmón, hígado, riñón y cerebro donde el manto capilar es más tupido y extenso y en donde la lentificación de la corriente circulatoria facilita la lesión endotelial con infiltrado inflamatorio al que acuden linfocitos y en cuyo lugar se organizan acúmulos reactivos a las que acudirán otras células y eosinófilos. La lesión capilar es más intensa en pulmón donde además los fosfolípidos de la "pulmonary surfactante" son alterados por el compuesto órganofosforado, con producción de edema: salida de líquido y sodio al espacio alveolar e interpleural de manera que se acumula gran cantidad de agua isotónica en lugares extemporáneos como son los espacios interpleurales, pericardio y cerebro con su expresión clínica y anatomopatológica de

edema pulmonar (con corazón pequeño como definimos el cuadro pulmonar el día 9 de mayo de 1981), edema cerebral, en ocasiones, hasta con enclavamiento de la amigdala y edema pericárdico evidente en radiografía AP de tórax por la desaparición de los ángulos cardiofrénicos con menisco invertido que indica la presencia de líquido dentro de la cavidad que rodea al corazón.

Este proceso pulmonar, más adelante, dará lugar por la dificultad de la circulación, a una hipertensión arterial pulmonar por aumento de la resistencia periférica. Con el tiempo se puede producir una fibrosis pulmonar reactiva, entonces ya irreversible.

Conforme avanza el tiempo, la sustancia activa empieza a degradarse lentamente; desde sus depósitos pone en circulación los productos de su metabolismo que según el ion activo sufrirá diferentes avatares con expresiones clínicas específicas.

Compuestos azoados: Actuarán sobre la fisiología del sueño de manera que el insomnio presente constantemente, podría deberse al siguiente mecanismo causal:

Podría pensarse en una actuación directa sobre los centros pedunculares del sueño y/o del despertar de manera que se explicaria mediante una activación o estimulo constante sobre el centro del despertar que obligue a mantener el sujeto en estado de vigilia. Otro mecanismo podría venir dado por una alteración del centro del sueño que le incapacita para cumplir su misión, lo que supondria la incapacidad absoluta de conciliar el sueño reparador del gasto de la jornada. Ambos mecanismos no parecen ser lo suficientenente posibles ni probables máxime si se tiene en cuenta que el insomnio es reversible lo que hace suponer una afectación no central sino periférica.

El organismo es una economía centralista con muy escasas transferencias concedidas a la periferia, solamente algunas a la médula, corazón, suprarenales, parasimpático y pocas más. Las alteraciones periféricas pueden ser obviadas o reparadas mediante órdenes centrales: Circulación colateral, regeneración, "restitutio ad integrum" y otros mecanismos, pero cuando la lesión es central su reparación es irreversible. Todo ello nos lleva a que la

reversibilidad del insomnio parece indicar que el origen no está en los centros pedunculares.

Queda otro mecanismo posible. Desde 1938-40, sabemos que BLASKHO describió las aminas despertadoras a las que se debe el estado de vigilia, que a lo largo de la jornada forman las aminoxidasas específicas que inactivan a las aminas correspondientes para dar lugar a la entrada en estado de sueño, con diferentes clases o fases, de la que el reparador o restaurador sería el sueño rápido de la quinta fase como se puede comprobar mediante los registros poligráficos del sueño espontáneo nocturno, alterado en estos enfermos. Entonces podría suceder que las sustancias azoadas liberadas no fueran capaces de hacer formar la oxidasa específica correspondiente, con lo que al no poder ser inactivadas con un ritmo adecuado, mantendría el estado de vigilia de forma permanente; pero también puede suceder que las sustancias generadas sean capaces de anular la actividad de las aminoxidasas que el organismo formaria por ritmos de su "pathways".

Suponemos que la hipótesis más probable es la que dice que estos compuestos no son capaces de conseguir que el organismo sintetice las oxidasas específicas correspondientes por lo que mientras circulan esos productos, el sueño será imposible, por permanecer las aminas despertadoras circulantes y habrá que esperar a que con el tiempo se eliminen del organismo para que vuelva a recomponerse ls situación fisiológica precedente y se alteren los ritmos de vigilia y sueño.

Este interesante y patognomónico apartado exige una investigación profunda pués podria llegar a resolver graves problemas que tiene planteados la medicina como la posibilidad de conseguir el despertar del coma.

La vasculitis generalizada con lesión endotelial inflamatoria se manifiesta en la clinica por medio de las lesiones a que da lugar la falta de irrigación, el trombo o el edema, que puede ser en el pulmón, cerebro o cavidad pericárdica, pero que en otros sitios puede impedir la nutrición de zonas especificas, asi sucede con la alteración de las arterias nutricias de nervios, músculos y huesos

con aparición de lesiones axonales mononeurales centripetas que en gran medida serán reversibles por regeneración centrifuga por una parte y por restitución de la circulación en el mismo vaso o mediante colaterales por otra. En el cerebro, la vasculitis dá lugar a sufrimiento generalizado, más intenso en zonas centrales.

A partir de la fase de comienzo de la enfermedad, el organismo pretende poner en marcha mecanismos que eliminen el tóxico y que atenuen sus efectos para mantener el principio de la homeostasis. Se encuentra con una necesidad, la de oxidar y/o reducir compuestos químicos para conseguir su degradación y además eliminar los radicales libres o peróxidos formados.

Por otra parte, al encontrarse con un compuesto fosforado muy activo precisa gran cantidad de fermentos antifosforados como son las fosfatasas. Por último necesita englobar, fagocitar, vacuolizar a una serie de moléculas circulantes.

Todas estas funciones son las que tienen los eosinófilos, barrenderos finales de las grandes batallas orgánicas llevadas a cabo por lon neutrófilos segmentados y en la lucha antígeno/anticuerpo y reaccionen inmunoalérgicas mantenidas por los lifocitos. Lon eosinófilos son demandados con gran intensidad y aparecen en sangre circulante en cantidades desconocidas.

El estudio de los eosinófilos se ha reducido a contar los leucocitos y el tanto por ciento de estas células con afinidad por los colorantes ácidos tipo eosina, cuando lo interesante y lo que exigia el número exagerado de esan células pretenten a los dos meses del inicio de la enfermedad, era un estudio de la proporción de eoninófilos:

1.- % con núcleo en banda.
2.- % con núcleo en cayado o semiluna.
3.- % con núcleo en dos segmentaciones.
4.- % con núcleo en tres segmentaciones.
5.- % con núcleo en cuatro segmentaciones.
6.- % con núcleo en cinco segmentaciones.
7. - % con núcleo en seis segmentaciones.
8.- Abundancia de vacuolas intracelulares.
9.- Inclusiones protoplásmicas.

Una célula leucocitaria en número elevado en sangre circulante puede ser por una sobreproducción con formas jóvenes, muy jóvenes y anormales, acompañadas de otros leucoplastos como sucede en las leucemias o por el contrario la producción ha venido exigida por una necesidad, por una función que debia ser cumplimentada, en cuyo caso el estado de la célula-después del deber cumplido será de vejez con núcleos polisegmentados predominantes. En efecto, este es el caso, pues se han encontrado células con seis segmentaciones y varias inclusiones protoplásmicas que indican el trabajo realizado y que ha sido exigido por la sustancia activa tóxica, lo mismo que en otras ocasiones solicitan, en mucho menor grado los alergenos.

La alteración de la cronobiologia y el insomnio provocan que el ritmo trabajo-reposo, actividad fatiga-descanso, movimientos-quietud se suprime y se sustituye por una actividad constante sin la réplica restauradora, reparadora y eliminadora de las sustancias tóxicas acumuladas por el trabajo con lo que la grasa muscular se quema, como lo demostró J.M.RODRIGUEZ DELGADO en los años cincuenta (premio de la Excma. Sra. Condesa de Maudes) con aumento de catabolitos tóxicos. El ritmo que debia ser nodo-seno-nodo-seno en un movimiento ondulatorio se convierte en una recta que une los nodos sin fases de senos. La traducción clinica es nerviosismo, cambio de carácter, gran adelgazamiento, atrofia muscular por sobreentranamiento e intoxicación por las sustancias de la fatiga con lo que se cierra un círculo vicioso que solámente podrá romper el sueño y la recuperación del ritmo cronobiológico natural.

El ingreso de un fósforo muy activo tiene gran influencia en el metabolismo calcio/fósforo con acción regulada por la hormona paratiroidea a través de cuyo mecanismo se produce una tetania tardia por exceso de demanda en la fase de estado de la enfermedad. En los primeros estadios, fase de comienzo y primeros dias de la fase de estado existen alteraciones en la coagulación sanguinea donde el calcio forma parte de cuatro factores; en la clinica han sido evidentes metrorragias intensas. Más importante es la

acción sobre el hueso que ha tenido que movilizar el calcio para mantener el cociente Ca/P y ha producido una muy intensa osteoporosis que ha llegado a despegar las soldaduras de los cartílagos de conjunción donde se han depositado compuestos activos fosforados con imágenes radiográficas que revelan la osteoporosis y la eburneación en zonas específicas: Meseta externa del cartilago tibial y radial lineas en donde se soldaron los cartilagos en las diáfisis de tibia y radio, franja nubosa del cuello quirúrgico del humero; la acción en estas zonas ha dado lugar a crecimiento en altura bien estudiado por nosotros y siempre a base de los huesos largos. Esta acción se ha visto favorecida por el hipogonadismo coetáneo con la acción directa sobre las extremidades de crecimiento de los huesos.

La degradación de tiocompuestos da lugar a azufre activo con selectividad sobre la piel y sus anejos (uñas y pelos).

Si en un primer momento el exantema pruriginoso era síntoma casi patognomónico, después de la fase de estado es frecuente una esclerodermia con afectación hasta del dermis y una coloración melánica que proporciona a la piel un aspecto basto, áspero,tacto rugoso, con elementos duros, consistentes de localización preferente en antebrazos y manos y en esclavina en tabla del pecho y espalda.

Los compuestos azufrados ejercen también acciones sobre los folículos pilosos con lo que estos hacen en un primer periodo que el cabello pierda vitalidad, se hace lacio, desvitalizado, "pelo de rata", "pelo de hambre", para más tarde caer a mechones que se pueden encontrar en la almohada o peine, se pierde el vello axilar, púbico, del tronco o de los brazos y piernas.

Los productos de la degradación sulfurada se depositan debajo de las uñas donde proporcionan una coloración rojo-naranja intenso que avanza con la uña hasta que se pierde al alcanzar el borde libre en algunos casos después de los nueve meses de la enfermedad.

Por último debemos advertir que hemos prescindido de toda descripción relacionada con la acción yatrogénica provocada por los

tratamientos médicos empleados durante largos periodos de tiempo y en dosis excesivas, mantenidas sin controles específicos, excepto en raras ocasiones.

PRONOSTICO: Es una intoxicación grave, de elevada mortalidad que en el caso de esta epidemia se ha visto limitada por la actuación de grandes medios hospitalarios dotados de Unidades de Vigilancia y Cuidados Intensivos. Sin tratamiento específico se ha podido estudiar la evolución de la enfermedad ya que todavía no se ha encontrado una solución terapeútica eficaz.

El pronóstico "Quod vitam" es grave.

Dada la patogenia que hemos descrito y la fisiología patológica que comunicamos, esperamos que el tóxico continúe su lenta degradación y eliminación aunque quizás tengan que pasar todavía fases de nuevos depósitos en otras zonas pero cada vez serán menos activos y los mecanismos orgánicos defensivos estarán más establecidos, por ello consideramos existirán reversibilidades que hoy podrían parecer increíbles.

Esperamos restablecimientos completos en la gran mayoría de los casos estudiados por lo que el pronóstico "quod funtionem" debe ser considerado menos grave en general con algunas excepciones que podrá ser para alguna función limitada muy grave.

En cuanto al pronóstico "quod tempo" debe ser considerado como subcrónico con mejorias manifiestas que en algunos casos podrán aparecer hasta pasados dos o tres años de curso de la enfermedad.

LA EPIDEMIA.

Durante el mes de Abril de 1981, un agricultor del sureste de España, con el fin de exterminar determinadas plagas, trató un campo de tomates con un producto no utilizado hasta entonces en estos frutos.

El producto empleado es un órganotiofosforado que fué tirado en la cobertera inmediatamente antes de la recogida de la cosecha.

La planta del tomate es una solanácea de tallo erguido en cuyo ápice brotan las flores que van a convertirse en fruto; la planta continúa su crecimiento y con ello nuevas flores van a transformarse en otros tantos pisos de frutos, de tal forma que cuando el

plantón alcanza un metro ochenta centímetros aproximadamente, presenta varios pisos de tomates y, en lo alto, unas flores amarillas que, en breve plazo, pasarán a constituir un nuevo piso de tomates.

Si se tira el biocida cuando la planta presenta varios racimos de tomates en distintas alturas, todos ellos recibirán en su interior la sustancia activa que sufre una biotransformación o metabolismo vegetal con aparición de un nuevo complejo químico, de mayor toxicidad que su predecesor.

Hay que hacer observar que en un mismo campo de cultivo coexisten plantas en diferentes fases de crecimiento y con frutos en diversos momentos de maduración. La recogida de los frutos se efectúa a lo largo de una serie de días o semanas, de forma que aunque el insecticida se tire en un solo dia, los tomates tratados serán recogidos durante un periodo de tiempo que, en nuestro caso, comprende la última decena del mes de abril, todo el mes de mayo y primera quincena del mes de junio. La situación se agrava cuando el tratamiento se repite en las mismas matas.

Recogidos los frutos se clasifican según su tamaño los distintos tomates de cada ramo en gordos, normales y bolas, para ser transportados a la alhóndiga donde se subastan.

Los compradores, habitualmente en número de veinte o treinta rodean al subastador quien, rápidamente, recita en "perras" cantidades a la baja hasta que es detenido por un licitador, al que se le adjudica el lote.

Lan subastas se realizan en distintas lonjas o alhóndigas y, en algunas de estas, varias veces al dia en horas prefijadas, desde las nueve de la mañana hasta pasadas las cinco de la tarde.

Las distintas subastas posibilitan a los compradores adquirir las cantidades de los diversos tipos de frutos que tenian previsto comprar, en distintos lotes, lo que les permite conseguir un buen promedio de los precios en calidades similares.

Las lonjas llevan tan minuciosa contabilidad de lo que en ellas se subasta, que es posible conocer con exactitud el número de cajas vendidas por cada agricultor, con el peso en kilos de cada una y

el precio a que ha sido rematada. De la misma forma analizan las compras de cada licitador, con expresión del hortelano, número de cajas adjudicadas, peso en kilos y precio a que cada lote ha sido rematado.

Gracias a esta cuidadosa contabilidad se puede localizar e individualizar un agricultor a partir de los datos suministrados por los enfermos, cuando en las encuestas se incluyen referencias sobre lon puntos concretos donde fueron adquiridos los tómates tóxicos. hay que tener en cuenta que el ama de casa cuando va a la compra puede hacerlo en un solo vendedor o recorrer los puestos con el fin de conseguir un precio más ajustado en la calidad deseada del producto a adquirir.

Localizado el vendedor, éste puede proveerse en varios intermediarios o en uno sólo, bien habituales o temporales o bién comprar directamente en la alhóndiga. De esta manera, se puede llegar a reconstruir la cadena de intermediarios que, en muchas ocasiones, es ignorada por los vendedores finales que desconocen la totalidad de los eslabones y el origen exacto de cada producto.

Del mismo modo que a partir de los enfermos se puede llegar a conocer el agricultor que cultivó el producto buscado, a partir de un agricultor es posible inferir todas las vicisitudes de sus productos y la totalidad de la dispersión de los mismos por la geografia española.

Según nuestras investigaciones, en España se producen tomates en 46 provincias pero limitamos la geografia nacional con el estudie del factor tiempo, ya que sabíamos que el tomate habia sido adquirido por los enfermos de los primeros casos en los últimos dias del mes de Abril. En esa época solamente se recogen tomates en las Islas Canarias, Malaga, Granada, Almeria y Murcia.

La zona de venta del tomate en el Centro y -Castilla-León fundamentalmente con extensión a otras varias provincias pero en menor cantidad, hizo que se pudiera eliminar del estudio la producción canaria dedicada casi en exclusiva a la exportación y nosotros lo que buscábamos era un producto de venta en el comercio interior.

Limitado el posible origen a cuatro provincias del sureste, se introduce en el estudio un nuevo parámetro la calidad y clase del tomate ya que Almeria produce fundamentalmente "Luci" y "Raf" con algo de americano y chipionero mientras que Murcia casi es un monocultivo de"204",con algo de "130" y "muchamiel", lo que nos permitió reducir la zona de origen.

Recorrida la zona sospechosa durante los meses de verano y otoño se consiguió limitar el área de estudio a lugares que fueron visitados los últimos dias del mes de diciembre de 1981.

Para completar la investigación es imprescindible estudiar la epidemia en las provincias de Avila, Palencia, León y Valladolid, pero todavia no ha sido posible la realización de esta parte de nuestro programa.

EL TOXICO.

Hasta mediados del mes de junio el objeto de nuestra investigación era el agente productor de la enfermedad a través del alimento que lo hacía llegar al aparato digestivo de los que iban a ser los afectados por este proceso tóxico.

A partir del 20 de junio, momento en el que rechazamos el aceite como posible vehiculo de la causa y dado que todas las encuestas realizadas habian demostrado que el agente etiológico se encontraba en la ensalada y puesto que ya habiamos estudiado y eliminado la lechuga, iniciamos la investigación alrededor del vinagre ya que existen ciertos fraudes que quizás pudieran tener alguna relación con la causa de la enfermedad.

Llegamos asi a los primeros dias del mes de julio; las encuestas realizadas durante los 15 dias anteriores ponen de manifiesto que el vinagre debe ser descartado en esta investigación.

En este momento tras una reflexión y análisis de todo lo actuado hasta aqui, se acuerda fijar los parámetros que debe reunir el tóxico objeto de la búsqueda para posibilitar su reconocimiento en el instante del hallazgo. Estos atributos se establecen en:

1.- NUEVO: Ya el dia 2 de mayo, al dar parte a la Dirección Provincial de la Salud dijimos que nos encontrábamos frente a una

enfermedad desconocida hasta entonces, por lo que, si la Humanidad no se habia enfrentado con anterioridad a la causa, ésta tenía que ser de inmediata aparición.

Los avances de la sintesis química con la creación constante de nuevos productos, permitía -sospechar la existencia de una sustancia química de reciente obtención, o bien de un nuevo uso o empleo de un compuesto ya conocido pero aplicado de manera distinta, de forma que se hubiera dado lugar a una contaminación extemporánea de un producto alimenticio por cualquiera de las posibilidades ambientales existentes: Vertido de aguas; contaminación aérea o como un añadido de la sustancia activa al alimento como una técnica agrícola de aplicación en el cultivo por cualquier motivo.

2.- SISTEMICO: En la Revista "NOTICIAS MEDICAS", de 20 de mayo de 1981, decíamos ya que se trataba de una enfermedad sistémica y desde luego no de una Neumonía.

El agente productor había de tener una acción sistémica.

En efecto, si la acción fuera sistémica se daba la única posibilidad existente para que el vehículo del tóxico fuera el tomate ya que este fruto tiene una piel o "arilo" en cuya composición entran unas sustancias céreas que lo aislan completamente del exterior y lo impermeabilizan de tal manera que cualquier ácido, base o sal en que se bañe no puede penetrar en el interior del fruto sin destruir la piel, sin producir una solución de continuidad y en el caso de que permanezca fuera de la envoltura o arilo bastaria el polvo que adquiere durante el transporte, el roce o un simple chorro de agua para arrastrar el tóxico y conseguir asi la inocuidad del tomate, pero si el tóxico es de acción sistémica, es absorbido del suelo por la raiz de la que pasa al tallo y de éste a las ramas que van a dar lugar al racimo de frutos en los que se podría demostrar en su interior, bien con la misma composición quimica que tenia al alcanzar el suelo o por el contrario biotransformado por el metabolismo vegetal a través de sistemas oxiredox o mediante reacción por ejemplo con los alcaloides del tomate, como puede ser la solanina. Todo

ello se produciria sin alteracion ostensible del fruto lo que hace que no aparezca rechazo al mismo ya que pasa inadvertida la toxicidad.

3.- ESTABLE: La enfermedad tenia ya más de dos meses de existencia y no solamente continuaba con la gravedad intacta, sino que aparecian nuevos sintomas, nuevas fases del proceso que indicaban que la sustancia quimica activa se encontraba en el interior del organismo y que los productos de su degradación daban lugar a distintas reacciones que se exteriorizaban clinicamente como sintomas distintos de aparición tardia.

4.- COMPLEJO: La molécula del tóxico no podia ser sencilla; debia pertenecer a la Química Orgánica y, además, ser muy compleja asi como los productos de su biotransformación también deberian ser complicados.

5.- MUY ACTIVO: La capacidad de lesionar estructuras tan diferentes y no solamente con acción patógena orgánica como indica la alteración endoterial de la vasculitig, sino también funcional como pone de manifiesto el insomnio o la alteración de la cronobiologia que carecen de sustrato anatómico.

6.- LIPOFILO: No podia tratarse de una sustancia hidrófila porque si fuera soluble en agua se hubiera producido su eliminación por la orina y las heces en breve plazo cuando antes al contrario la estabilidad puesta de manifiesto indicaba la insolubilidad en agua y por tanto su carácter soluble en sustancias lipoides con las que debia tener gran afinidad lo que explicaría su acción en el organismo y su permanencia a lo largo del tiempo.

Los parámetros o caracteres moleculares de la sustancia activa, a efectos de su reconocimiento en el caso de que se produzca su hallazgo, pueden concretarse en:

1.- NUEVO
2.- SISTEMICO
3.- ESTABLE
4.- COMPLEJO
5.- MUY ACTIVO
6.- LIPOFILO

En este momento se empezaban a dibujar una serie de datos que caracterizaban el tóxico y permitirian su reconocimiento.

Para completar el estudio del tóxico buscado investigamos su farmacodinamia por medio del LADME, (Liberación. Absorción Distribución. Metabolismo o biotransformación. Eliminación o excreción) que ya podia ser intuido pues se conocía la evolución de la enfermedad y sus manifestaciones.

LIBERACION: El tóxico se encuentra en la pulpa y jugo del tomate como demuestran los casos en contrados en los que la intoxicacion se ha producido por mojar pan en el jugo de una ensalada de tomate y cebolla: Atraviesa el estómago sin alterarse a su paso por el medio ácido y alcanza el intestino delgado donde se inicia la:

ABSORCION: Se realiza a lo largo del intestino delgado como demuestran las placas de Peyer que están hiperplásicas.

DISTRIBUCION: Desde el intestino delgado por vía linfática alcanza el conducto torácico y la circulación general para llegar a pulmón y al resto de la economia y fijarse, en este primer estadio en aquellas zonas en que existen gran abundancia de fosfolipidos como por ejemplo en el alveolo pulmonar pues la pulmonar surfactante es muy rica en fosfolipidos que le permiten ser la responsable del mantenimiento de la tensión superficial y de la distensión del alveolo. Su alteración provoca el acúmulo de agua que en los primeros momentos de la enfermedad es el signo caracteristico y que sirve para el diagnóstico precoz ya que da lugar a un auténtico edema pulmonar. Su transporte por via arterial hasta lo que van a ser sus depósitos le pone en contacto con el endotelio de las arterias al que va a lesionar. La movilizacion del tóxico de sus depósitos se produce más tarde, por via venosa con lo que aparecen trastornos en la circulación de retorno y en esta fase se alteran los linfáticos.

Cuando el tóxico se degrada, los productos que se originan tienen especiales selectividades que hacen que cada uno sea transportado a unos tejidos distintos según su acción.

METABOLISMO O BIOTRANSFORMACION: La estabilidad del tóxico hace que su degradación sea muy lenta, de la molécula original se

Nota manuscrita del Dr. Muro, con la formulación de organotiofosforados comercializados en España

van a obtener otras que podemos reconocer por sus efectos. Asi aparece una sustancia aminada que no tiene en el organismo la aminooxidasa correspondiente con lo que al no ser inactivada, mantiene la vigilia durante más o menos tiempo, según la dosis ingerida y la capacidad de degradación por una parte y de eliminación por otra.

Otra parte de la molécula primitiva da lugar a un compuesto fosforado con capacidad para producir las lesiones del endotelio vascular, de las alteraciones del cociente Ca/P culpable de la intensa osteoporosis, de la alteración de la coagulación sanguinea por afectación del calcio, del depósito en las epifisis de los huesos largos y en los cartilagos de conjunción con eburneación demostrable radiológicamente y en parte culpable del crecimiento observado de la tetania, pero sobre todo al alterar los finos capilares en su membrana interna o endotelio, produce obstrucción de las arterias nutricias de los nervios y de los músculos con lesiones degenerativas que en realidad son más bien debidas a trastornos tróficos.

Una tercera parte de la molécula es la responsable de la clínica que proporciona la piel y sus anejos, desde los exantemas y mucho tiempo después la esclerodermia e hiperqueratosis con melanodermia unas veces macular y otras maculopapulosas a la caida del pelo en cuero cabelludo, axilas, pubis, tronco, brazos y piernas; esta parte es un tiocompuesto que ha blanqueado psoriasis, dado lugar a caspa muy abundante, desrizamiento de cabello, pérdida de la cola de la ceja y de la patilla y sobretodo es muy importante que se deposita en la uña a la que proporciona una coloración rojiza que conforme crecen las uñas con el tiempo llega a desaparecer. Este depósito se presenta casi constantemente en las uñas de las manos y es más intenso y perdura más tiempo en las de los dedos anulares. En las uñas de los pies provoca un estriamiento en sentido transversal "uñas en caracol", en ocasiones con brillo nacarado que asimismo se pierde conforme crecen las uñas y son cortadas.

ELIMINACION O EXCRECION: La estabilidad de la molécula del tóxico, su lipofilia y la complejidad de la misma hacen muy dificil la eliminación que se tiene que realizar en forma muy lenta, a base de que procesos de oxidación e hidroxilación alteren la composición primitiva en moléculas más sencillas que el organismo sea capaz de eliminar por los emunotorios naturales. La liposolubilidad hace que se excrete con la leche cuando la intoxicación afecta a madres lactantes pues la mama en esos momentos tiene una aumentada circulación sanguinea, el órgano está mucho más irrigado y la sintesis lactea exige una gran riqueza de sustancias grasas. Las investigaciones realizadas en leche de mujer enferma demostraron la presencia de lo que denominaron "un insecticida organofosforado" al que no atribuyeron ninguna relacion con el proceso porque buscaban exclusivamente oleoanilidas o sus derivados.

Hasta aquí, el informe del Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada, sobre la intoxicación epidémica de la primavera-verano de 1981 en España. De acuerdo con sus averiguaciones, el desencadenante del envenenamiento fue una partida de tomates, cultivados en Roquetas de Mar (Almería), y previamente tratados con un compuesto organotiofosforado, presumiblemente fenamiphos (comercializado por la casa Bayer con el nombre de Nemacur), combinado con isofenphos (comercializado por la misma multinacional con el nombre de Oftanol), y combinados ambos posiblemente con otro tercer agente. Cabe remarcar que el isofenphos es el producto que habría causado la neuropatía retardada, y que la partícula «tio» (en el compuesto organo-tiofosforado) alude a la presencia de azufre en la mortal combinación. Combinación por lo tanto fosforada y azufrada.

Así trabajaba el Dr. Muro

Para ilustración de quienes dudan aún de la competencia del antiguo director en funciones del Hospital del Rey en Madrid, voy a transcribir íntegro en este capítulo un trabajo inédito que marca la pauta sobre la forma en que debe acometerse la comprobación de su propia labor.
El trabajo se titula Etiología del Síndrome Tóxico - Hipótesis del Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada, sobre la causa del Síndrome Tóxico: Organotiofosforado vehiculizado por una partida de tomates. Plan elemental de comprobaciones, y fue convenientemente distribuido en su momento.

«Introduccion:

»El siguiente plan de comprobaciones representa sólo una ínfima parte del trabajo epidemiológico de campo, realizado por el Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada y colaboradores durante el año 1981 y siguientes, tras descubrir la epidemia y la vía de propagación exitosarnente Representa no obstante, una muestra pequeña pero suficientemente significativa y completa desde el consumo hasta el origen, que ilustra la ingente y sistemática labor de discriminación y retrogradación realizada desde todas las provincias y en miles de familias y centros de distribución comercial por este investigador, Iargamente experimentado en el Cuerpo Nacional de Sanidad. El materiai y frutos de esta investigación realizada por el Dr. Antonio Muro, sobre este envenenamiento masivo, está total y redundantemente documentado: Cientos de encuestas, facturas, albaranes, relaciones de mercadillos, matrículas de camiones, registros de subastas, separatas y artículos científicos, documentación extensísima sobre pesticidas, cientos de fotografías, etc. De todo este material existen varias colecciones de fotocopias.

»El acometer la verificación final del origen último del síndrome tóxico:

campo, agricultor, producto, procedimiento, es tarea no obstante que considera debe ser ejecutada por algún cuerpo policial, por lo que aportó sus datos a la policía judicial; o por algún medio oficial, por lo que también aportó sus datos al Ministerio de Sanidad, ya que las responsabilidades y trascendencia judicial que tales averiguaciones supondrían, exceden el ámbito de su investigación. El Dr. Antonio Muro se brinda a poner a disposición de los investigadores fotocopias de sus documentos en la medida en que tales elementos le sean solicitados con el fin de acelerar la investigación. En la misma forma el Dr. Muro espera y desea le sea comentada cualquier anomalía y contradicción de este plan de comprobaciones con la suficiente precocidad, a fin de corregir o evitar la prolongación de equívocos, que pueden y es de esperar se produzcan, ofreciéndose personalmente como acompañante de los investigadores, de producirse esta situación.

»Esquema general del Plan de Comprobaciones:

»Este plan de comprobaciones partirá de dos áreas típicas e incluso famosas de afectación: el eje Penafiel - Aranda de Duero - Langa del Duero, y el área inicial de Torrejón de Ardoz, tan polémica por la falsa inculpación popular contra la base conjunta hispanonorteamericana. Basándose en los aprovisionamientos ocurridos en la primavera de 1981, concretamente en el período aproximado del 20 de abril al 10 de junio de 1981, se tratará de comprobar, retrocediendo de los desfinos a los orígenes, si se van formando centros de comercialización comunes, y finalmente, si aparece al menos un campo de cultivo de tomates, origen remoto común, y si su agricultor expidió en la primavera de 1981 tomates de variedad "lucy", semiselectos, tratados con algún pesticida, en este caso el nematicida Nemacur-10 de la casa Bayer Hispania, SA, con fábricas en Vilaseca (Tarragona) y en Quart de Poblet, en Valencia. Este mismo plan de comprobaciones puede ser realizado con mas detalle y rigor, y sobre cualquier otro pueblo y provincia que se eligiese.

»Papel de la partida de tomates contaminados en la etiología del síndrome tóxico:

»La etiología, pacientemente investigada, comprobada y expetimentada por el Dr. Antonio Muro, involucra un potente tóxico organotiofosforado, que ha sido vehiculizado preferentemente pot cierta partida de tomates, aunque otros tipos de solanáceas, como puede ser el pimiento, la patata, etc., pueden haber servido de vehículo con menos probabilidad en esta epidemia. Basta un décimo de hectarea (quince hiladas de plantas tratadas) con un total de 75 plantas tomateras, de cultivo temprano (sólo se dan tomates en cuatro provincias españolas en las fechas de la epidemia, incluyendo Canarias, que exporta toda su cosecha), para producir los mil kilogramos —unos ocho mil frutos de tomates— necesarios para intoxicar a una siete mil familias y veinte mil afectados, aproximadamente observados en este envenenamiento masivo.

»El nematicida fitosistémico Nemacur-10, prohibido en varios países por su alta peligrosidad, e introducido en España por primera vez pocos meses antes de la epidemia del síndrome tóxico, es un organotiofosforado del gnupo fenamiphos (4-[metiltio]-m-toliletilisopropilamidofosfato) que, de no respetarse sus muy dilatados intervalos de seguridad (mínimo de tres meses), se convierte dentro del fruto en un fitometabolito derivado extraordinariamente agresivo —su toxicidad se potencia unas 700 (setecientas) veces— y cuya composición exacta parece ser alto secreto militar. Las partes fundamentales de su molécula y su acción bloqueante irreversible de la acetilcolinesterasa, explica extraordinariamente bien, pese a los desmentidos globales de la OMS, la patogenia y cuadro clínico observados en el síndrome tóxico. Los tomates contaminados son semiselectos de la variedad "lucy", razón por la cual su consumo no ha afectado a clases o zonas urbanas adineradas. La forma de recolección de los frutos no se realiza en un solo dia (diariamente sólo se recogen los que están maduros), aunque la recogida tiende a distribuirse, o mejor dicho a concentrarse en Campana de Gaos en una determinada época. Los procesos de comercialización tienden a mezclarlos y a homogeneizarlos con otros tomates no contaminados» por categorías, aspectos, tamaños, y los procesos de compra por el cliente acentúan esta aleatorización y dilución de los tomates tóxicos entre los no tóxicos, indistinguibles externamente entre sí. Lo más probable por tanto es que en la compra de verduras y tomates, a una familia dada le correspondan 0 tomates tóxicos, o a lo sumo 1 solo tomate, y sólo muy excepcionalmente 2 tomates tóxicos. Si un tomate tóxico llega a una familia mezclado claro está con los otros tomates no tóxicos, lo típico es que haya sido troceado en ensalada y afecte a uno, dos y quizá tres miembros: aquellos que por azar hayan consumido los trozos de tomate tóxico. En ocasiones encontramos a un solo familiar afectado, muy afectado, del que suele relatarse que gustaba comerse un tomate solo con sal, para merienda, como si fuera una fruta. Cuando en una familia no pequeña encontramos al 100% afectados, caso raro, indefectiblemente encontramos que el consumo de guisos con tomates o la salsa de tomate natural era habitual en ellos, Es así, sencillamente, como se explica la distribución todo o nada, observada

intrafamiliar e intravecinalmente en el sindrome tóxico, sin necesidad de inventarse las indemostrables y caprichosas inmunidades de los inculpadores del aceite asesino.

»Comprobación 1: eje Peñafiel - Aranda de Duero - Langa del Duero (provincia de Soria):

»1. 1. Opcional: comprobar que en los pueblos de la zona, tanto en los que tuvieron casos como en los que no, era tradicional y generalizado (80% de la población) el consumo de aceite en garrafas de 5 litros expresamente permitido por los ayuntamientos socialistas y repartido por los mismos distribuidores en todos los casos. Las actas de retirada de aceite de los ayuntamientos y/o las encuestas a las familias pueden ilustrar este aserto. Comprobar que en las familias con afectados los miembros sanos tomaron tanto o más aceite sospechoso que los que se afectaron y hubieron de ser hospitalizados.

» 1.2. Opcional: comprobar sistemáticamente en las familias afectadas de la zona, especialmente en aquellas en que el efecto discriminatorio pueda manifestarse más (familias con uno o dos afectados, a ser posible clara y gravemente afectados), que el consumo, por las fechas de afectación, de ensaladas y tomates, se producía con cierta preferencia en los afectados y con cierta no-preferencia o imposibilidad de consumo en los no afectados, en la medida en que puedan recordarse los hábitos y preferencias de comida. (Nota: en comprobaciones personales mediante encuestas no dirigidas, este alto poder discriminatorio de ensaladas y tomates, que aparece también en los estudios caso-control oficiales, se nos evidenció en proporción a la claridad, discriminación y gravedad de los casos. Al estar repartido el tomate tóxico entre muchos otros no tóxicos, debe tenerse en cuenta que la afición al consumo de tomates, si bien predispone, no obliga a la afectación, que sólo se da si se ha acertado consumir el tomate contaminado; sin embargo, la no afición o la imposibilidad por gustos, dietas, trabajos, horarios, etc., de consumo de tomates en algún miembro familiar, si que obliga a que en él se descarte la afectación.) También será cierto que si se puede recordarlo, todo afectado en proporción a su gravedad relatará forzosamene hábitos de consumo de tomates o pimientos en las fechas inmediatas a su afectación. Si tales efectos no fueran comprobados, nos brindamos a realizar las encuestas abiertas delante de testigos para corroborar este importante punto de discriminación, que ha apuntado en todas las encuestas oficiales y extraoficiales, incluidos los célebres estudios de caso-control, y que "soto voce" ha sido comentado por los encuestadores pro-aceite mas perspicaces que en ellos han participado. Este hecho es tanto más importante en cuanto que en la hipótesis del aceite, ni puede conseguirse esta discriminación intrafamiliar, ni puede retrogradarse a un origen singular común, ni han podido comprobarse biológicamente los efectos del producto contaminado.

**1.3.: comprobar que las familias de afectados se han aprovisionado de tomates en tiendas o puestos ambulantes, todos los cuales en la primavera de 1981:*

»1.3.1.: o bien se han suministrado en Frutas Molinos sita en Aranda de Duero —caso de Peñafiel (Valladolid), Aranda de Duero (Burgos), Langa del Duero (Soria) y Bocigas de Perales (Soria)— lo cual puede comprobarse por el camión que los distribuyó, la marca de las cajas o el testimonio de los tenderos o vendedores. Estos cuatro pueblos redistribuyen directa o indirectamente a pueblos adyacentes en ocasiones. Comprobar que existe pues Frutas Molinos y que se suministraba en 1981 en Foyos (Valencia), también en Frutas Molinos.

»1.3.2.: o bien en Frutas Savi (Saturnino Carlero, Vicente Botella), en carretera de la Estación, 39, en Aranda de Duero (mismo comentario caso de Peñafiel o Aranda de Duero). Comprobar que existe pues Frutas Savi y que se suministraba en 1981 en Xátiva (Valencia), en Federico Climent Mateu.

(...siguen comprobaciones para otras áreas...)

»Comprobación 5: comprobaciones experimentales:

»El Dr. Muro ha realizado comprobaciones a doble ciego, sobre mamíferos (ratones) a fin de comprobar la toxicidad de frutos, en este caso plantas de pimientos sin tratar y tratados pocos días antes con el producto Nemacur-1o vertido sobre tierra. Se comprobó también la ingesta directa de dosis de dicho nematicida, demostrándose el notable efecto multiplicativo de la toxicidad para los derivados de dicho nematicida} una vez absorbido y fitometabolizado por el vegetal tratado, así como la correspondencia de las lesiones con la patología observada en el síndrome tóxico sobre humanos. Aunque las instituciones en donde se realizaron dichos experimentos sólo facilitaron informes sobre vísceras pulmonares, extraoficialmente se conocieron no obstante las lesiones correspondientes al resto del organismo. Estos ensayos fueron realizados en paralelo en el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda, y por el Instituto Nacional de Toxicología, desconociendo los técnicos que administraron el producto, y los que analizaron las vísceras, qué animales habían sido intoxicados y cuáles no, por haber sido codificadas, cerradas y selladas las diversas muestras bajo notario. Pueden recabarse los resultados completos de estos análisis a los citados centros en la medida en que

se hayan realizado y conservado. La reproducción experimental de los citados efectos toxicológicos puede naturalmente ser acometida por los investigadores en la medida en que se respeten al máximo en todo momento los protocolos de aislamiento y prevención de campos, plantas, productos, frutos, residuos, etc., de un ensayo tan notablemente peligroso por su indistinguibilidad y toxicidad. Previo al ensayo debería comprobarse que bajo la etiqueta del Nemacur- 10 la Bayer siga facilitando el mismo producto activo que comercializó en 1981, dado que no es descartable que la empresa haya sustituido sin aviso al público la molécula a raíz del envenenamiento masivo producido en 1981 en España. El Dr. Antonio Muro posee muestras, espectrofotometría y bibliografía sobre el producto realmente comercializado en España bajo el nombre de Nemacur- 10 en 1981, a fin de que pueda comprobarse previamente su identidad. El Dr. Antonio Muro se brinda a asesorar al plan experimental en la medida en que le sea solicitado.»

Hasta aquí el texto de este trabajo ilustrativo de la línea investigadora del cesado director en funciones del Hospital del Rey, que por cierto fue rehabilitado en su cargo de subdirector del citado hospital el 23 de diciembre de 1984. Al día siguiente lo celebraba así Diario 16: «Laurel ecuánime al Dr. Muro, famoso por sus trabajos contrarios a la tesis oficial de que fue el aceite de colza el que provocó el síndrome tóxico, por haber sido rehabilitado en su cargo de subdirector del Hospital del Rey. La orden, firmada por el subsecretario de Sanidad, pone las cosas en su sitio y restituye el buen nombre del científico.»
Mas no solamente el buen nombre hace al científico. Lo suyo es la investigación, y eso es lo que se le ha querido impedir al Dr. Muro por todos los medios posibles. Primero, destituyéndole de su cargo cuando estaba encauzando correctamente la averiguación de lo sucedido. Luego, «cuando he pedido equipos, no se me han dado», se lamentaría, y: «a mí, quería deciros también, no nos han dado, como comprendereis, nadie, ni cinco céntimos; los gastos han corrido todos a nuestro cargo, nos ha costado mucho dinero, independientemente de disgustos». A sus colegas les dijo en el Ministerio de Sanidad, a finales de 1981: «Hasta ahora hemos ido siempre con zancadillas, como por ejemplo, ese informe que se nos tardó en dar cerca de tres meses, cuando se nos podía haber dado en 24 horas, porque además estaba redactado. Pero como éramos unos proscritos de la Administración, el funcionario dice que no nos lo hacía». Etc., etc. Y acabaría lamentándose: «Yo soy loco certificado: en una rueda de prensa se dijo que yo estaba loco nada menos que por el ministro del ramo, por el secretario de Estado y por el

director general de la Salud». (Se refería lógicamente a quienes ocupaban dichos cargos en 1981.)
De la misma opinión fue en un principio el Dr. Fernando Montoro Jiménez, como ya queda dicho subdirector general de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica en la época del ministerio de Ernest Lluch: «Yo no creía en Muro para nada. Yo creía que Muro estaba loco, como decía todo el mundo. Y de pronto me dí cuenta que, de loco nada ¡eh! Que los estudios epidemiológicos que había hecho Muro eran los más serios de este país, los más serios.» También me añadiría que «Muro ha tenido unos aciertos que no ha tenido nadie: es para hacerle un monumento», y «Muro me pareció siempre una persona muy inteligente, muy trabajador y muy honesto». El Dr. Montoro no titubeó un momento en afirmarme: «Al trabajo que ha hecho Muro no se le puede dedicar un cuarto de hora como en una reunión de la OMS se ha hecho: hacen falta trece o catorce horas, y ver el trabajo de Muro. Muro ha sido una víctima.» Y por si cabía alguna duda: «Era honrado de la cabeza a los pies: ojalá todos los españoles fuéramos como Muro . »
Ojalá.
En febrero de 1985 —dos meses antes de morir el Dr. Muro— Rafael Cid publicó en Cambio 16 una entrevisra con el Dr. Francisco Martín Ramos, alto funcionario de la Organización Mundial de la Salud y destacado epidemiólogo (es un P6: en el organigrama de la OMS, el nivel más alto de la especialidad), que está en posesión de la Orden del Mérito Civil de Sanidad, habiendo publicado 67 trabajos científicos y participado en 113 conferencias internacionales, en 101 de ellas como jefe de delegación de la OMS. Después de afirmar que a él le parecía que la tendencia de las investigaciones realizadas por el Plan Nacional para el Síndrome Tóxico «ha ido más encaminada a buscar un responsable que a encontrar las verdaderas raíces de la catástrofe», el Dr. Martín Ramos comenta la labor del Dr. Muro:
«Mi opinión personal y como epidemiólogo es que los estudios realizados por el Dr. Muro tienen todos los requisitos como para que hubieran sido tenidos en cuenta. Su encuesta epidemiológica es extraordinaria. Cualquier institución científica seria hubiera prestado atención a sus trabajos. Muro merece si no un monumento, sí un homenaje. Ha dado una lección de competencia, de tenacidad y de honradez intelectual .»
Recordemos también la ya mencionada defensa que hizo del Dr. Muro el director del Instituto de Investigaciones Biomédicas del Centro Superior de Investigaciones Científicas, Dr. Ángel Pestaña Vargas, en el rotativo El Pais del 13 de septiembre de 1981. E igualmente la que hizo el Dr. Antonio

Borregón Martínez, director del laboratorio del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda, en una reunión del cuerpo médico de Sanidad Nacional, a principios de junio de 1981.

Por su parte, el Dr. Gerardo Clavero González, del cuerpo de Sanidad Nacional, remarcó el 24 de noviembre de 1981 en el Ministerio de Sanidad, que el Dr. Muro fue uno de los factores importantes para que se descubriera la existencia de la epidemia.

Pienso que con estas breves pinceladas el lector podrá haberse hecho una somera idea de la tarea realizada en el contexto del síndrome tóxico por el Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada, que supo defender la idea de que las personas, llegado el caso, están por encima del ideal del partido, y que la verdad está por encima de los intereses de Estado.

La última entrevista al Dr. Muro

Debo a la gentileza de Lola Martínez (Radio Nacional de España, Barcelona), la posibilidad de reproducir a continuación la última entrevista efectuada al Dr. Muro. Fue realizada por Máximo Fernández (Radio Nacional de España) 48 horas antes de morir el Dr. Muro, y fue transmitida por Radiocadena Española:

MF— El síndrome tóxico vuelve a ser noticia. Hoy, concretamente en la pnmera página de El País se publica una noticia en la cual informa que la Organización Mundial de la Salud mantiene que el/ aceite adulterado fue el vehículo del envenenamiento. Tenemos conexión con Madrid, con el Dr. Antonio Muro, que ha defendido siempre que el aceite no ha sido la causa de este envenenamiento del síndrome tóxico. ¿ Cuál es su opinión Dr. Muro ante esta noticia que hoy publica El País?

Dr. Muro—Pues mire usted, en primer lugar la Organización Mundial de la Salud es una institución: no tiene voz. Cuando se habla de la Organización Mundial de la Salud, siempre se refieren a algunas personas. Me gustaría saber qué persona dice eso, y en qué estudio se apoya. Porque los estudios con los que engañaron a la Organización Mundial de la Salud, que han estado ocultos hasta abril de este año, son lo que se llaman los etrudios de los casos-control. Y los casos-control, precisamente, todos ellos, indican que ningún aceite ha podido ser el vehículo de esta enfermedad, como ya sabía yo desde el año 81. Yo quisiera saber en qué estudios —que serán nuevos, porque los antiguos desde luego no lo dicen —se han basado para afirmar eso. Aparte, me gustaría también saber qué intereses hay debajo, porque todo el mundo sabe que a mí no me ha movido más interés que el descubrir la verdad, y sólo estaba detrás de la verdad y por la verdad en sí. Ahora, si hay otros, que fienen otros

intereses, que les obligan a afirmar, o mantener, otras cosas, que nos digan qué intereses tienen detrás, y empezaremos a comprender algunas posturas.

MF— Dr. Muro: ¿cuál es su teoría? ¿ Cuál sigue siendo su teoría sobre el síndrome tóxico, porque parece ser que usted dice que fue un pesticida la causa del envenenamiento masivo?

Dr. Muro— Sí señor, ha sido la metabolización de un nematicida de acción sistémica. La planta ha creado un tóxico más tóxico que el pesticida que se añadió, y esa ha sido la causa del síndrome tóxico.

MF— Gertrudis de la Fuente, que preside la Comisión de Investigación del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico, ha declarado que en el Plan no se ha estudiado el Nemacur, como posible agente del síndrome. Y se refiere Gertrudis de la Fuente a que los estudios epidemiológicos se hacen siempre sobre el producto más asociado con la enfermedad. Aparte del aceite no se ha detectado ningún otro producto ligado a la enfermedad. Esto es lo que dice Gertrudis de la Fuente, y que en todo caso —dice también Gertrudis de la Fuente— sus estudios no han sido epidemiológicos. Se refiere a los estudios de usted y del Dr. Frontela.

Dr. Muro— Mire usted: Gertrudis de la Fuente es un químico, que no tiene ni idea, ni de medicina, ni de epidemiología. Todo lo que dice es porque se lo hacen decir y porque le interesa. Que diga Gertrudis de la Fuente qué ha hecho ella, en algo epidemiológico en el síndrome, o desde que está en el síndrome cobrando, que nos diga qué estudio ha hecho de algún tipo; del que sea. Porque no ha hecho absolutamente ninguno.

MF— Dr. Muro, ¿sigue usted pensando entonces en que la causa del síndrome tóxico hay que achacarla a un pesticida, no? ¿Podría explicarnos cuáles han sido sus estudios y las conclusiones más recientes que tiene usted sobre este tema?

Dr. Muro— Las más recientes son relaciônadas con la patogenia de la enfermedad. Sobre cómo está actuando ahora mismo en los enfermos el cuadro clínico. Es decir, la fisiopatología íntima de lo que se está produciendo en los organismos afectados. Y en efecto, como usted sabrá porque se ha dicho siempre y además yo me he encargado —nunca he ocultado ninguna de mis investigaciones—, eso me permitió predecir con uno y dos años de anticipación lo que iba a pasar. Porque yo sabía qué estaba pasando en la fisiopatología de la enfermedad, al ver —porque esto lo ha visto todo el mundo— que era una intoxicación típica por organofosforados. Pero no sólo —como se puede creer— por cualquier organofosforado, sino por uno determinado. por ejemplo, es un organofosforado que ademas contiene una amina capaz

de provocar un insomnio prolongado. Es el único organofosforado que reúne esta condición.

MF— ¿Por qué razón sus trabajos, Dr. Muro —al igual que los trabajos del Dr. Frontela— , no han sido presentados a una comisión científica; no se han publicado en revistas científicas? ¿Cuál ha sido el campo de investigación que ha seguido usted?

Dr. Muro— ¿Qué revista científica, el Lancet? ¿Que todo lo que se ha mentido alrededor del aceite, sí, pues lo publica, pero si trata de cualquier cosa que no sea el aceite, no lo publica? ¿Eso es revista científica?

MF— En este sentido... bueno, yo la pregunta se la hago por lo que dicen también, de que sus investigaciones no han sido publicadas en revistas científicas. Lo importante del caso es que, hasta este momento, el síndrome tóxico ha costado la vida a 352 personas.

Dr. Muro— Yo tengo las autopsias de 550.

MF— ¿550 personas?

Dr. Muro— Del síndrome tóxico. Pero 150 las ocultan. Las disimulan, y dicen que son afectados que han muerto de otra cosa.

MF— Dr. Muro: si realmente se quiere poner un tapadera sobre un tema tan importante; se quiere decir que ha sido el aceite adulterado la causa del síndrome, ¿cómo explicar entonces que no se llegue al fondo de esta investigación, que nos interesa a todos los españoles?

Dr. Muro— Usted pregunte qué intereses hay detrás.

MF— Y usted, ¿qué cree en este sentido? ¿ Que sus investigaciones van a ser consideradas en todo lo que éstas se rnanifiestan?

Dr. Muro— Supongo que después de muerto yo, sí.

MF— En estos momentos, Dr. Muro, el tema sigue interesándonos a todos los españoles. Parece que incluso hoy hay una rueda de prensa...

Dr. Muro— Una rueda para los periodistas extranjeros.

MF— ¿Y qué cree usted que se va a decir en esta rueda de prensa, Dr. Muro?

Dr. Muro— Sabe usted que la dinámica de grupo es impredecible, y nunca se sabe cómo va a ir la rueda, ni qué preguntas se van a hacer, ni quiénes van a intervenir. O sea que eso será una de las cosas en que yo también estoy interesado, que me digan qué es lo que ha pasado al final. Que se digan algunas sorpresas.

MF— ¿Nos puede usted explicar un poco, en estas investigaciones, lo que ha descubierto usted?

Dr. Muro— ¿Sobre qué?

MF— Sobre la reacción de los pesticidas.

Dr. Muro— Bueno, yo he estudiado efectos sobre la piel, sobre el pelo, sobre los huesos, sobre el sistema nervioso, sobre la transmisión del impulso nervioso, sobre la amnesia, la pérdida de memoria, sobre el envejecimiento, sobre el insomnio; o sea que decirle sobre qué han sido, sobre muchas cosas. Tenga en cuenta que es una investigación de tres años y medio, dedicada mañana, tarde y noche, sin sábados ni domingos, ni fiestas ni vacaciones... Y aparte los estudios epidemiológicos, que he realizado sobre las familias afectadas, dentro de la casa de ellos. Es decir, creo que ha sido una investigación bastante completa, muy amplia, y resumirla es bastante difícil.

MF— Por último, ¿qué opinión le merecen a usted las declaraciones del ministro de Sanidad, Ernest Lluch, que ha dicho que el Nemacur fue retirado del mercado hace meses, por su toxicidad, y no porque tuvieran conciencia de que fuera el causante del síndrome tóxico?

Dr. Muro— El Nemacur está a la venta libre ahora mismo en Barcelona. Si quieren comprarlo ustedes, vayan y lo compran. La semana pasada hemos comprado un saco tranquilamente en el mercado sin decir quién éramos, pagando al contado, y ya está.

MF— Ya, ya, ya... O sea que en estos momentos, está ocurriendo que las investigaciones de un hombre como usted, y del Dr. Frontela, están cayendo en saco roto.

Dr. Muro— Sí; supongo que faltará muy poco para que empiecen a decir los medios de comunicación —lo que pasa siempre— que Frontela también está loco como yo, y que hay que echarle como a mí. Porque es la solución que tienen con los disidentes. No hace falta irse a Rusia para decir que a los disidentes los mandan al psiquiátrico.

Que no se entere nadie

Finales de verano de 1987. El restaurante argelino «El Cus Cús», en el que uno se evade en Barcelona para transportarse por unas horas a la mejor cocina norteafricana, se había vaciado ya. Solamente quedábamos M. a del Mar Geanini, la vicepresidente de la asociación de afectados de Fuenlabrada, Mª del Pilar Pans, y la hija del Dr. Antonio Corralero y Mª del Mar, Cecilia. El té, una copa de whisky y la luz atenuada nos habían dejado en familia con el dueño del local, Omar, y su mujer, María. Y por su mediación y amistad, a mi lado se había sentado el neurólogo personal del presidente argelino coronel Bendjedid Chadli. Hablamos cuanto pudimos sobre el síndrome tóxico y la posibilidad de los organofosforados. También sobre el triortocresil fosfato que en 1959 dejó paralíticos en Marruecos a miles de musulmanes junto a algunos cristianos, respetando por completo a los 200.000 judíos del lugar. La discriminación aquí, por cierto, no fue genética ni religiosa, sino cuestión de posibilidades económicas. A mí solamente me faltaba aquella noche el sabor a la leche de pantera que habíamos tomado años atrás en la jaima del «Gran Capitán» de Melilla. Y la mezcla de todo me acabó trayendo a la memoria una vez más al general Cassinello: ¡cuánto silencio!... o cuánta correspondencia que no llega a su destino —vaya usted a saber.

Cassinello, Guardia Civil, Manglano, CESID, el comisario Martínez, policía judicial, servicios extranjeros... conforman junto a otros la red de conceptos que aluden a una serie de investigaciones que se pierden en el silencio: que nadie se entere, porque esto podría reventar. Se deduce —deduzco yo— que esta es la consigna.

Una nota de Europa Press fechada el 13 de abril de 1987 informó que el Dr. Muro «fue objeto de al menos dos intentos de soborno para que abandona-

ra su línea de investigación sobre el origen del envenenamiento». Aporto este dato como indicativo del silencio bajo el que debía sepultarse esta historia, y no como muestra de actuación de alguno de los cuerpos recién mencionados.

En su libro El caso Mestre, en el que analiza las circunstancias del asesinato de María Teresa Mestre, que halló la muerte en extrañas circunstancias mientras su marido, el industrial del aceite Enric Salomó se hallaba en la cárcel, Jesús de las Heras escribe:

aSin embargo, el asesinato de Maria Teresa fue objeto de primorosa atención por parte de diferentes servicios especiales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad del Estado, que, a su vez, rascaban en diversas líneas de posibilidades sobre eL origen del síndrome tóxico (...). En este conjunto de observaciones, la hipótesis de un envenenamiento (en el caso del síndrome tóxico) por un producto neurotóxico —tal vez un pesticida— pasó a engrosar los fondos de análisis de los más sigilosos investigadores del Estado.»

Y, poco después: «Distintos servicios de investigación analizaban las posibles relaciones de la empresa Bayer con el síndrome tóxico dentro de un abanico de variopintas posibilidades».

El Dr. Muro pretendía, como ya vimos en el capítulo anterior, que la Policía Judicial se encargara del último tramo de la investigación, el que llevaba directamente a la plantación de tomates en Roquetas de Mar, o sea al campesino. Porque si bien el lo tenía localizado, no tenía fuerza jurídica para obtener los albaranes que precisaba para demostrar con documentos finales su tesis. Eso lo tenía que hacer alguien por la vía oficial.

Al respecto, comenta el Dr. Martínez Ruiz: «La Policía Judicial aparentemente ha hecho esta investigación, pero no la ha hecho, esto es otro pequeño escándalo que hay detrás...».

Y confirma el Dr. Antonio Muro, hijo: «Hacía falta una serie de datos que para haberlos encontrado hubiera hecho falta una actuación de la Policía Judicial o de la Guardia Civil a través de la Audiencia Nacional, y nunca lo hicieron. Mi padre se puso en contacto con la Brigada Judicial de la policía y se empezó a hacer una serie de cosas; luego se prohibió seguir: se empezó y se cortó.» Cuando le pregunté quién había dado la orden de prohibición de proseguir la investigación emprendida, me confestó: «¡Ah! eso ya... lo dijo el comisario que estaba haciendo las cosas con mi padre, y le dijeron que no más».

Más datos al respecto me los daría el Dr. Juan Raúl Sanz: «El comisario Martínez era uno de los jefes de la Policía Judicial, con los que se reunian continuamente Granero —se refería al Dr. Vicente Granero— y Muro, un día a la semana durante seis meses, mientras estaba la Policía Judicial realizando investigaciones de todo lo que decía Muro en Almería.» Sin embargo, el informe de la policía judicial nunca fue hecho público. De lo cual se lamenta el Dr. Sanz: «Nunca se emitió a la voz pública este informe. Uno de los que tienen mucho que ver también en el síndrome tóxico, en cuanto a negligencias, para mí es el comisario: este comisario es clave totalmente.»

Fuera ya del marco judicial, pude averiguar que el Dr. Muro se había desplazado en una ocasión a Barcelona en compañía de un capitán de la Guardia Civil, y que había comentado que personal afecto a los servicios de inteligencia norteamericanos se había personado en su casa. Ruego al lector comprensión por el hecho de que en este capítulo solamente esté apuntando direcciones de investigación, sin facilitar detalles ni nombres más concretos. Pero sí quiero dejar mínimamente sañaladas las manos que removieron estas aguas.

También le oculta a la opinión pública sus evaluaciones en este tema el Centro Superior de Información de la Defensa (CESID). Recordará el lector que su director, el teniente general Emilio Alonso Manglano —que, dicho sea aquí de paso y a guisa de simple curiosidad, fue nombrado para este cargo en el mismo mes de mayo de 1981 en que se detectan los primeros afectados por el síndrome tóxico, previa alteración del real decreto por el que se regula la empresa, para que expresamente él pudiera acceder al mismo con solamente la graduación de teniente coronel que entonces tenía—, me había comunicado que nunca habían estudiado la etiología del síndrome tóxico. Pues bien, mis averiguaciones me llevan a pensar lo contrario.

De acuerdo con estas averiguaciones, el Dr. Muro se entrevistó por lo menos en tres ocasiones —una de ellas un día de setiembre de 1982 a las siete de la tarde y por lo menos en una de las ocasiones en el Pardo— con el mencionado teniente general. También —y siempre de acuerdo con mis averiguaciones— personas afectadas al CESID se personaron en el domicilio del Dr. Muro en las Navidades de 1984 y también por lo menos en una ocasión anterior.

El hijo del Dr. Muro tampoco oculta la investigación efectuada por el CESID: «Mi padre estuvo trabajando con ellos. El CESID elaboró un informe, estuvo haciendo unas averiguaciones precisamente de la busqueda del agricultor, y por orden de la superioridad, según dijeron, se había suspendido esa búsqueda.»

De acuerdo con mis averiguaciones, había también alguien del CESID

junto al lecho de muerte del Dr. Muro tres días antes de su fallecimiento. Pero, naturalmente, me puedo equivocar. Como me puedo equivocar al decir que los informes definitivos son por lo menos dos, y que ambos han estado sobre la mesa del presidente del Gobierno.

Lo que está bastante claro, y aquí no me equivoco en absoluto, es que, servicio de inteligencia o de investigación que llega hasta Roquetas de Mar, servicio que interrumpe sus averiguaciones. De cara al conocimiento público, naturalmente. Si hubieran hallado o detectado el mínimo fallo en la hipótesis del Dr. Muro, lo habrían pregonado a los cuatro vientos. El hecho de paralizar o de interrumpir de cara al exterior sus investigaciones, es señal de que lo que han hallado es grave. No debe de saberse. Que no se entere nadie, es la consigna. Solamente así halla explicación la negativa del teniente general Manglano cuando le consulté acerca de esta investigación, cuando por otro lado la realización de ésta es un hecho. Y la documentación pertinente saltará al dominio público si no se corta antes esta posibilidad.

Rafael Cid escribe en Cambio 16 del 6 de abril de 1987: «También el Centro Superior de Información de la Defensa (CESID), que había realizado su propia investigación con ayuda de expertos de diferentes ramas, dio carpetazo al asunto. Hoy el resumen de ese informe de los servicios secretos militares duerme el sueño de los justos en los archivos de la nueva sede de los servicios en la carretera de la Coruña. En las conclusiones del CESID, apenas una docena de folios, se descarta prácticamente la intoxicación por el aceite y se sugieren otras causas, por ejemplo, que se hubiera tratado de un ensayo de guerra química».

Según se desprende del interrogatorio celebrado durante el juicio, el Dr. Montoro, siendo subdirector general de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica, había recibido el encargo de elaboración de un informe sobre determinados preparados de síntesis orgánica —en la cual él es especialista— que, según el capricho de la mente humana que los manipule, pueden dar lugar a medicamentos, a fibras textiles, o a gases de guerra. El destinatario final de este informe era —según se desprende del interrogatorio— el CESID.

Pienso que ha quedado suficientemente esbozada la razón por la cual los servicios de inteligencia militares se han estado interesando por el síndrome tóxico, han interrumpido de cara a la galería su investigación, y han acabado por negarla en redondo.

Contrariamente al ideal del Dr. Muro, hay intereses de Estado que están por encima de la verdad.

FUE UN COMPUESTO ORGANOTIOFOSFORADO

El Dr. Muro y su equipo, estudiando el sistema de distribución y origen del tóxico, llegó a considerar mas de 5 000 tipos de tóxicos diferentes para comprobar si reunían las condiciones que en su opinión debía poseer el tóxico que había causado el síndrome.

Dijimos ya que afirmaba que este tóxico causal no era un organofosforado simplemente, sino que era más complejo, bastante más complejo, y que tampoco era la P del fósforo el núcleo fundamental sobre el que giraba su fórmula. Como ya apunté también, sus conclusiones apuntan hacia una combinación de fenamiphos y de isofenphos, probablemente combinados ademas con otro tercer elemento. Resulta que los dos primeros son comercializados por la multinacional alemana Bayer, con los nombres respectivos de Nemacur y Oftanol. Y resulta también que el Nemacur fue empleado por primera vez en España, aplicado a plantaciones de tomate, en el año 1981.

El antiguo subdirector general de Establecimientos y Asistencia Farmacéutica, Dr. Montoro, me confirmó en abril de 1987 que «yo le hice la bibliografía a Muro, y entonces por exclusión no quedaban más que dos productos, uno de los cuales es el fenamiphos, que es el Nemacur».

Voy a reducir las consideraciones relativas a la casa Bayer al mínimo, puesto que ya han sido suficientemente publicadas tanto en España como en el extranjero, habiendo sido tema central de sendas emisiones televisivas en la República Federal de Alemania y en Italia, a principios de 1985.

Deben de hacerse dos consideraciones: la primera, que existe la posibilidad de que el origen esté en una combinación organotiofosforada similar a la que se puede obtener con los productos citados de la casa Bayer, pero fabricada por otra productora. Mas esta posibilidad es ciertamente remota, e

implicaría un grado aún mayor de responsabilidad y de negligencia por parte de la Administración. La segunda es que, en el caso de tratarse efectivamente de productos de la multinacional Bayer —hacia cuya posibilidad apuntan las hipótesis más certeras— la empresa fabricadora no tuviera acaso relación directa con la catástrofe. Se habría tratado de una mala aplicación o de un uso negligente de sus productos por parte de uno de sus clientes. Mas en estas dos consideraciones no encaja en absoluto la actitud tomada por Bayer desde el momento en que se dio cuenta de que la opinión pública se estaba enterando de lo sucedido.

La multinacional Bayer comienza a inquietarse principalmente en las siguientes ocasiones:

—A partir de enero de 1982 al aparecer en la prensa española la opinión del Dr. Muro de que el envenenamiento masivo fue debido a un organofosforado.

—A raíz del espacio televisivo La Clave del 18 de febrero de 1983, en que también afloró la opinión citada.

Y comienza a estar en demasiadas bocas públicas a raíz de las siguientes publicaciones:

—La publicación Lib publica abiertamente en noviembre de 1984 el nombre del producto de la Bayer como causante de la epidemia.

—Los diarios Avui; Ya e Ideal publican igualmente en noviembre de 1984 el nombre del Nemacur en relación con los experimentos que está realizando en Sevilla el Dr. Frontela.

—El semanario Cambio 16 aparece el 13 de diciembre con el siguiente titular en portada: «Un producto Bayer envenenó a España».

El semanario Lecturas informa el 31 de enero de 1985 sobre los experimentos del Dr. Frontela bajo el siguiente titular: «Dr. Frontela: sustancias insecticidas fueron la causa del síndrome tóxico».

—El 10 de febrero de 1985, la serie Globus de la televisión alemana (ARD, primer programa) informa ampliamente sobre las tesis del Dr. Muro, implicando a la casa Bayer.

—La televisión de la RAI italiana emite un programa en la misma línea del de la televisión alemana.

—Etc., etc.

Lo incongruente es la reacción de la empresa alemana. En febrero de 1985 publica una edición especial de su boletín Bayern Intern bajo el título de «Esta documentación demuestra: los ataques contra Nemacur no tienen fundamento». Entre los argumentos que esgrime en su defensa, figuran los siguientes:

—Imensas investigaciones clínicas, epidemiológicas y toxicológicas han evidenciado que el aceite de colza desnaturalizado fue la causa del síndrome tóxico: la documentación aportada en este libro demuestra todo lo contrario.

—Desde entonces, instituciones científicas de primera línea de distintos países del mundo han confirmado a lo largo de abundantes investigaciones la conexión entre la epidemia y el aceite adulterado: de acuerdo con la documentación aportada en este libro, la realidad es muy diferente.

—Una suma de estudios epidemiológicos ha demostrado que se da en el síndrome tóxico un período de incubación de 7-10 días: jamás se puede hablar en una intoxicación química (sea de anilinas/anilidas o de organofosforados) de «incubación».

—Se ha podido establecer una relación dosis-efecto, o sea una dependencia de la afección, de la canridad de aceite consumido: absolutamente falso, según vimos, ya que se produce exactamente el fenómeno inverso.

—Una gran cantidad de síntomas pudo reproducirse en ensayos con animales a los que se les administró aceite adulterado: completamente falso, según vimos.

—El grado de inhibición de la colinesterasa fue sistemáticamente comprobado en los pacientes internados: rotundamente falso, según documenta por ejemplo la querella presentada por el procurador de los Tribunales Albito Martínez Díez al Juzgado de Instrucción de Madrid con fecha 8 de abril de 1987, y que aporto en su texto íntegro en el Apéndice correspondiente a este libro.

—Los síntomas aparecidos en los pacientes del síndrome tóxico no se corresponden con los síntomas de una intoxicación por organofosforados: la documentación aportada en este libro indica todo lo contrario, debiéndose considerar adicionalmente que el teniente coronel médico Dr. Luis Sánchez-Monge curó a una serie de pacientes del síndrome tóxico aplicando tratamiento contra intoxicación por organofosforados.

—Concluye que no existe motivo alguno para poner en duda los resultados de los gremios de investigación españoles e internacionales, que concluyen que la epidemia del síndrome de aceite tóxico de 1981 fue una consecuencia del consumo de aceite de colza desnaturalizado en forma criminal: este libro ha evidenciado que existen fundamentadísimos y gravísimos motivos para poner en duda e incluso para desmentir estos resultados.

Cuando la defensa de alguien está basada en falsedades, existen indicios racionales para suponer que los ataques que está recibiendo pueden estar perfectamente fundamentados.

Tal y como ya lo dije al principio del libro, la multinacional Bayer se ha

®NEMACUR 10 Granulado

NEMATICIDA GRANULADO DE ACCION SISTEMICA

5 Kgs.

Riqueza: 10 % FENAMIFOS (0-etil-0-(3-metil-4-metiltiofenil)-isopropilamida)

NEMACUR 10 GRANULADO es fundamentalmente, un nematicida de acción sistémica.

La acción nematicida del NEMACUR 10 GRANULADO se extiende tanto a los nemátodos endoparásitos, es decir, que viven y se desarrollan dentro de las raíces, como son, por ejemplo, los nemátodos formadores de agallas y quistes, como a los ectoparásitos, que viven en las partes externas del vegetal.

Junto a su acción nematicida, NEMACUR 10 GRANULADO posee un buen efecto contra insectos chupadores y ácaros.

CAMPO Y FORMA DE APLICACION

Plataneras:

En cultivos a establecer: 20 g. de NEMACUR 10 GRANULADO, mezclado uniformemente con la tierra que cubrirá el hoyo de plantación.

En cultivos ya establecidos: 30 g. de producto/planta, con sus respectivos hijos y nietos, lo que equivale a 50-60 kg. de NEMACUR 10 GRANULADO/Ha. El producto se esparcirá alrededor de la planta madre de forma que queden protegidos también los hijos y nietos. A continuación deberá enterrarse con una labor superficial.

Si se desea, este tratamiento puede efectuarse al mismo tiempo que la labor de estercolado.

Viveros de leñosas: 10-20 g/m², esparciéndolo uniformemente por la superficie a proteger.

PRECAUCIONES

Plazo de seguridad: 2 meses, en plataneras, como mínimo y 3 meses para los demás cultivos destinados a la alimentación.

Guardar el producto en su envase original, fuera del alcance de los niños. No almacenarlo junto con alimentos o piensos. Evitar la contaminación de las aguas, por su toxicidad para peces.

Durante la manipulación y empleo del preparado, deberán llevarse guantes protectores, debido a su peligrosidad por contacto con la piel. No comer ni fumar durante su aplicación y finalizado el tratamiento, lavarse abundantemente.

En caso de intoxicación, avisar al médico; si se ha ingerido el producto, provocar el vómito. Seguir terapéutica sintomática. El antídoto es la atropina. Están contraindicados, la leche, el alcohol, las grasas, la morfina y los opiáceos.



12599-I-80

Peligrosidad General (O. 23-6-66): Cat. B
Baja Peligrosidad para la fauna terrestre: Cat. A
Alta Peligrosidad para la fauna acuícola: Cat. C

P. V. P.

Etiqueta del Nemacur-10 granulado, de 1980

Nemacur 10 Granulado

25 Kilos

Nematicida e insecticida con acción sistémica

Bayer

Composición: 10% Fenamifos; 0-etil-0-(3-metil-4-metiltiofenil)-isopropilamida

La acción nematicida del Nemacur 10 Granulado se extiende tanto a los nemátodos endoparásitos, es decir, que viven y se desarrollan en el interior de las plantas, como son, por ejemplo, los formadores de quistes y agallas, así como a los nemátodos ectoparásitos que viven en las partes externas del vegetal.
Junto a su acción nematicida Nemacur 10 Granulado posee un buen efecto contra insectos chupadores y ácaros.

Aplicaciones

Tratamientos nematocidas de suelos de o para cultivos de:
- Naranjo, manzano y vid: contra nemátodos.
- Platanera: contra nemátodos, pulgones y otros insectos chupadores.
- Tomate, pimiento, judías, melón, pepino, patata, algodonero, tabaco y remolacha, en presiembra o preplantación: contra nemátodos, pulgones, trips y otros insectos chupadores.
- Ornamentales y viveros de leñosas: contra nemátodos e insectos chupadores.

Modo de empleo

Esparcir uniformemente el producto sobre el suelo a razón de 50-100 Kg/Ha. e incorporarlo a continuación con una labor de grada inmediatamente antes de la siembra, transplante o plantación.
En plantaciones establecidas de platanera, ornamentales y viveros se puede aplicar a razón de 15-30 g. por planta distribuido alrededor de la misma y ligeramente incorporado.
En platanera el tratamiento deberá realizarse, como mínimo, con dos meses de antelación a la recolección, y en los restantes cultivos destinados a la alimentación, con tres meses.
En cultivos de patata para consumo, contra nemátodos, se aplicará al suelo con incorporación a razón de 100 Kg/Ha., debiéndose observar un plazo de seguridad de cuatro meses entre el tratamiento y la recolección, para lo cual podrá llevarse a cabo la aplicación veinte días antes de la siembra.

Precauciones

El personal que maneje el producto deberá utilizar guantes, debido a su peligrosidad por contacto con la piel.
Guardar el producto en su envase original, fuera del alcance de los niños. No almacenar junto con alimentos o piensos. Evitar la contaminación de las aguas, por su toxicidad para peces.
No comer ni fumar durante su aplicación y, finalizado el tratamiento, lavarse abundantemente.
En caso de intoxicación avisar al médico; si se ha ingerido el producto, provocar el vómito. Seguir terapéutica sintomática. El antídoto es la atropina. Están contraindicados: la leche, el alcohol, las grasas, la morfina y los opiáceos.

Nota: Las recomendaciones [illegible]

VENENO

Peligrosidad para el hombre y animales domésticos: Cat. B.
Peligrosidad para la fauna terrestre: Cat. A.
Peligrosidad para la fauna acuícola: Cat. C.

Inscrito en el R. O. C. de P. y M. F. n.º 13.672/82.

Bayer Hispania Comercial, S. A.
División Fitosanitarios
Pau Claris, 196. BARCELONA-37
CUART DE POBLET (Valencia)

BAYER

Etiqueta del Nemacur-10 granulado, de 1980

negado a facilitarme ningún tipo de información, tal y como se lo había solicitado. En una actitud idéntica a la mostrada por determinados servicios de inteligencia. Si debo aplicar la sabiduría popular: quien calla, otorga.
Pero bastante mas grave es la actitud adoptada por la multinacional tras la publicación de la portada sensacionalista de Cambio 16 implicando a la Bayer en el envenenamiento. De la querella se pasó a la ofertación de una elevada cantidad de dinero para conseguir el cambio de actitud de la publicación en este tema. Esta circunstancia fue comentada en una reunión de personas afectas al Partido Reformista, entre las que se hallaban el secretario general de dicho partido, Florentino Pérez, un psiquiatra del Centro Psicosocial de Alcorcón, Jesús González-Cajal, y un químico que trabaja en una multinacional sueca, José Miguel Avendaño, entre otros. No voy a publicar los nombres y la cifra concreta, pero estos nombres y esta cifra constan en bastantes lugares. Sólo hay que preguntar con astucia.
El 22 de febrero último, un testigo inesperado echó nueva leña al fuego de la Bayer: Andrés Valverde Alcoverro, técnico agrícola de la multinacional alemana, declaró que en diciembre de 1980 había asistido a una reunión en la cual se recibieron órdenes expresas de la dirección de la empresa para mezclar Nemacur con Oftanol en campos de cultivo, para ver qué efecto producía la mezcla. Preguntado acerca de este efecto, afirmó que si el Nemacur era tóxico, y el Oftanol neurotóxico, la combinación de ambos resultaba explosiva. Preguntado sobre lo que se hacía con los productos recolectados, contestó que salían a la venta pública. Pero tal vez lo más importante que aportó Valverde al Juicio es su declaración de que él mismo estaba enfermo del síndrome tóxico desde el año 1973. Se había intoxicado en aquel entonces con Oftanol, y los síntomas que presentaba eran los que presentan los afectados por el síndrome tóxico de la primavera de 1981. Con lo cual, ya tenemos a un cobaya humano que confirma lamentablemente, mediante su personal bioexperimentación, que el síndrome tóxico es reproducible en el ser humano ingiriendo este tóxico en concreto.
Simplemente aporto estas consideraciones porque se observa —cuando se analiza todo este asunto en detalle— que el pacto del silencio que aquí salta a la vista, sólo puede justificarse por la extrema gravedad de lo realmente ocurrido.
Naturalmente, el Dr. Muro y su equipo no son los únicos que han llegado a la conclusión de que el síndrome tóxico radica en un envenenamiento por organofosforados. Adicionalmente a las muchas opiniones y estudios que apoyan tal criterio, ya aportados hasta ahora en el libro, voy a enumerar a continuación otros testimonios que abundan en esta opinión,

Corroborando su postura mantenida desde el 12 de mayo de 1981 en el sentido de que la causa de la intoxicación había que buscarla en los organofosforados, el Dr. Angel Peralta Serrano manifestó durante el juicio, entre otros argumentos en apoyo de esta hipótesis, lo siguiente: «...me he seguido interesando, pero luego seguí a los niños estos... que los estudié desde el punto de vista endocrinológico, haciéndoles un test que nosotros llamamos "test múltiple", para ver cómo está la función del hipotálamo y de la hipófisis, y pensando que había un trastorno también cerebral en estos cuadros clínicos, y está dicho, que los niños que sufren intoxicación por organofosforados dan unos estirones importantísimos y crecen mucho, pues yo intentaba ver cómo estaba la hormona del crecimiento, entre otras hormonas de esta región hipotálamo-hipofisaria, y, efectivamente, se veían ciertos picos de hormona de crecimiento que no aparecían en otros niños normales.»
También en el juicio, el Dr. Guillermo Tena Núñez, director del Instituto Nacional de Toxicología dependiente del Ministerio de Justicia, declaró en la mañana del 27 de julio de 1987 que en mayo de 1981 le había expresado al Dr. Tabuenca su opinión de que podría tratarse de organofosforados.
Según se desprende del texto de la querella a la que antes aludí, el Dr. Enrique de la Morena, de la Fundación Jiménez Díaz, determinó en algunos afectados del síndrome tóxico un descenso de los niveles enzimáticos de la colinesterasa en más de un 30% de sus valores normales por lo que sospechó, y puso en conocimiento del Ministerio de Sanidad, la posibilidad de que el síndrome se hubiese producido por una intoxicación por organofosforados.
En el semanario Cambio 16 del 6 de abril de 1987, el Dr. Enrique Bolanost director del laboratorio central de la Dirección General de Aduanas, que fue quien detectó las anilinas y anilidas en el aceite sospechoso, le confiesa a Rafael Cid: «Si en estos momentos tuviera que emitir nuevamente el informe sobre el aceite sería muy distinto del que redacté. A la vista de la evolución de la enfermedad, hoy tengo la convicción de que, aunque tuviera anilinas y anilidas, el aceite no pudo producir la enfermedad. El cuadro clínico que presentan los afectados me inclina a pensar que el agente causante es un organofosforado.»
En el mismo semanario, Rafael Cid explica su entrevista con Gaston Vettorazzi —el maximo responsable del departamento de pesticidas de la Organización Mundial de la Salud— en Ginebra: «Vetorazzi fue mucho más allá de lo que yo podía esperar. Me dijo que científicamente no existían precedentes de que las anilinas del aceite hubieran provocado una enfermedad como la del síndrome y descalificó como no riguroso y manipulador el

informe de la oficina de la OMS de Copenhague titulado El síndrome del aceite tóxico ("¿cómo se puede señalar al aceite —dijo indignado— cuando en la página diez se asegura que 'la búsqueda de los agentes tóxicos en el aceite ha sido en gran parte vana' ?"). "Nadie me quita a mí la idea de que la epidemia estuvo provocada por un agente neurotóxico", aseguró ese día al final del gratísimo encuentro Gaston Vettorazzi. Antes, con el magnetófono parado y el rotulador en la mano, el responsable de los pesticidas de la OMS ilustró al lego informador sobre el enorme riesgo que podían significar los fenamiphos, la última generación de organofosforados sintetizada en los laboratorios.» Tiempo después, Vettorazzi cambiaría radicalmente de actitud. El pacto del silencio actuaba con eficacia .

En enero de 1985 el ya mencionado Dr. Francisco Martín Samos (recuerdo: alto funcionario de la OMS, jefe de delegación de este organismo en 101 conferencias internacionales, y poseedor de la Orden del Mérito Civil de Sanidad), declaró: «Los afectados por el síndrome tóxico que yo he visto durante mis visitas a España en estos últimos tres años me recuerdan el aspecto, la historia clínica y la sintomatología de otros casos contemplados por mí en varios países donde se habían producido intoxicaciones provocadas por organofosforados.»

Como consideración final de este capítulo quiero recordar que en el juicio se apuntó que los compuestos «tio», los compuestos azufrados, en realidad no son ellos los auténticamente activos, sino que se activan al ser metabolizados dentro de los organismos vivos, tanto sean plantas, como animales o humanos. Efectivamente, es importante tenerlo presente cuando se escucha la opinión de que los efectos causados por los organofosforados no son exactamente los mismos que los observados en los afectados por el síndrome tóxico. La confusión nace del hecho de que quienes así opinan, se atienen exclusivamente a la acción directa del organofosforado en el organismo. Pero en el caso del síndrome tóxico debe de considerarse que se trata, en primer lugar, de un compuesto organo-tio-fosforado de nueva generación, probablemente en fase experimental, cuyos efectos además están precisamente en estudio a través de este ensayo, dado que los efectos conocidos son los producidos por su ingestión directa, y en cambio aquí ha habido un previo proceso de contaminación a través del suelo, seguido de una metabolización al entrar en contacto con la solanina del tomate, antes de penetrar en el organismo humano.

Voy a aportar a continuación dos últimos testimonios que apoyan la tesis de que el síndrome tóxico fue causado por una combinación organofosforada: los testimonios del Dr. Luis Sánchez-Monge y del Dr. Luis Frontela Carreras.

El médico que logró curarlos

«En el juicio diré que la causa del síndrome tóxico es un organofosforado. No puede ser nada más que un organofosforado, o un veneno nuevo. Ningún otro tóxico produce la sintomatología del síndrome tóxico» —me diría el 25 de mayo de 1987 el teniente coronel médico Dr. Luis Sánchez-Monge Montero, que un mes antes me había dicho que «la curación del síndrome tóxico no es tan difícil es una chorrada». El podía afirmarlo, pues había logrado curar a una serie de pacientes, tratándoles como intoxicados por organofosforados. Así se lo comunicó a las autoridades sanitarias por medio de sendos informes que a continuación reproduzco íntegros. Mucha gente se podría haber curado. Pero nadie contestó jamas desde las altas esferas de la Sanidad nacional al ofrecimiento y a las indicaciones del Dr. Sánchez-Monge. He aquí los informes.

INFORME MEDICO SOBRE MI EXPERIENCIA PERSONAL EN EL SINDROME TÓXICO POR ACEITE ADULTERADO.

Empezó con el hijo de un buen amigo mío, que fue dado de alta, después de estar sometido a un tratamiento con prednisona, y, al mes tuvo una recaída con dificultad respiratoria intermitente, calambres en las cuatro extremidades e imposibilidad de andar, tendencia, cada vez mayor a flexionársele las extremidades inferiores, teniendo que transportarle en brazos o silla de ruedas, motivo por el que ingresó en el Hospital, para su recuperación, mediante tratamiento de rehabilitación.

La angustia del padre del niño, me animó al estudio del tratamiento de esta intoxicación.

Después del reconocimiento, exploración, fotocopias de historiales de los casos vistos por mi, tuve la intuición que estos enfermos podían sufrir un bloqueo neuromuscular intermitente, y, por lo tanto, reversible y, a mi juicio, LA FISIOPATOLOGIA DE ESTE SINDROME TOXICO es un bloqueo muscular, por alteración en los mediadores químicos que intervienen en la contracción muscular.

Sabemos que, en circunstancias normales, el impulso nervioso produce una liberación de acetilcolina, que tiene un efecto despolarizante en la fibra muscular, provocando su contracción. Posteriormente, la acetilcolina es hidrolizada por la colinesterasa, en dos moléculas: colina y acetato, volviendo las fibras musculares al estado de reposo o repolarización.

Creemos que en el sindrome tóxico, hay un bloqueo que sufre la placa motriz, cuando es sometida a un exceso de acetilcolina, o de una droga desipolarizante.

Los bloqueos producidos por crisis colinérgicas, por sobredosificación, como puede ocurrir con la prostigmina, en el tratamiento de la miastenia, son reversibles. Los primeros signos musculares, en estos casos, son los calambres musculares y las fasciculacrones.

Experimentalmente, el exceso de acetilcolina y las drogas anticolinesterasa modifican la actividad de las terminaciones nerviosas motrices, favoreciendo la aparición de descargas, de carácter repetitivo, que producen una desensibilización de las placas motrices.

Por lo anteriormente expuesto, nos atrevemos a llegar a las siguientes conclusiones:

Que las causas de este sindrome o intoxicación por aceite adulterado, pueden ser:

Una droga que actúe bloqueando la colinesterasa, o bien un tóxico de estructura parecida a la acetilcolina, pero que no responda a la accion de la colinesterasa.

Por otra parte, este veneno, actúa inhibiendo el sistema parasimpático, cuyo mediador químico es la acetilcolina, produciéndose

por antagonismo una simpacotonía, responsable del llamado síndrome seco (sequedad de ojos y orogaríngea), y de las alteraciones en el ritmo cardíaco, taquicardias que pueden llevar al enfermo a una insuficiencia cardiaca.

A la vista de nuestra teoría, establecimos un tratamiento con los siguientes medicamentos:

1) Un corticoide, el fosfato disódico y acetato de betame tasona (Celestone Cronodose), por las siguientes razones:

- Por su potente poder antinflamatorio, por su indicación en todas aquellas intoxicaciones de origen desconocido.

Por sus características, accion rápida y efecto sostenido, por la comodidad de su facil administración y dosificación. Porque empleando dosis bajas, hemos obtenido unos resultados realmente sorprendentes. Por su acción euforizante, en estos enfermos de ánimo decaido. Porque aumenta el apetito, ganando pesos rápidamente los enfer mos. Porque a las dosis que hemos utilizado, no hemos tenido efectosiatrogénicos, propios de los corticoides.

2) Gangliosidos titulados en ácido N-acetilneuraminico - (Nevrotal), para prevenir la degeneracion axonal retrograda, y como restaurador de la conducción nerviosa.

3) Un preparado de acción estimulante de las síntesis enzimáticas, desintoxicante hepatico y defatigante (Prevalón).

4) La citicolina (Sauran), que facilita la transmisión neuromuscular y la rehabilitación, tan imprescindible y necesria, como cualquiera de estos fármacos.

5) La sulfoadenosil L. metionina (Samet), porque aumenta el tur over de las catecolaminas cerebrales y la disponibilidad de neurotransmisores.

Ensayamos el empleo de los anticolinérgicos, derivados de la belladona (Bellafolina), dada nuestra teoría, y el resultado fue un bloqueo muscular, de aparición brusca, y tuvimos que recurrir al glucocorticoide antes mencionado (Celestone Cronodosel, para desbloquear al enfermo en pocas horas y, pudiera otra vez, valerse por si solo y llevar una vida normal hasta el día de la fecha.

Ante este fracaso, recurrimos a un preparado anticolinérgico sin-

tético (Akineton Retard), sin producirse el bloqueo muscular, arriba mencionado.

Por todo lo expuesto y en nuestra escasa experiencia, creemos que con el Celestone Cronodose desaparece el bloqueo neuromuscular, de una forma espectacular, en relativamente poco tiempo y, que con el resto de la medicación, se previene la denervación y se favorece la conducción nerviosa.

Nos queda la duda del anticoligérgico sintético empleado (Akineton Retard), que lo hemos utilizado en un solo caso y acompañado de la medicacion anteriormente citada. En este caso hemos empleado una dosis más bajas de Celestone Cronodose, a pesar de ser un caso muy difícil, una niña con las piernas flexionadas sobre los muslos, con gran atrofia muscular y de apariencia irreversible.

Creo que merece investigar todo lo expuesto, para que estos enfermos se puedan curar o aliviar su sufrimiento.

Tengo que recalcar, que la rehabilitación ha contribuido, de forma indispensable, a obtener los resultados tan alentadores que hemos obtenido con el tratamiento.

A continuación, doy los nombres y datos de los enfermos tratados, todos ellos, con certificados de síndrome tóxico.

Virginia Castaños, 12 años, Telf. 777-10-63 (Historial en el Hospital del Niño Jesús).

José A. Galisteo Miguel, 13 años, Telf. 773-33-05 (Historial en el Hospital del Niño Jesús).

Miguel Gómez Arranz, 13 años (Historial Hospital Niño Jesús).

Juan Carlos Moreda, Telf. 611-20-99 (Historial en el Hospital Niño Jesús.

José Romero Rua, 31 años, Telf. 651-92-30 (Historial en el Hospital Ramón y Cajal).

María Teresa Garrido, 9 años (Historial Hospital Niño Jesús),

Inés Bravo Gandullo, Telf. 653-60-14.

Les saluda atentamente,

Madrid, Enero de 1982

INFORME MEDICO QUE FORMULA EL Dr. LUIS SANCHEZ-MONGE SOBRE SU EXPERIENCIA EN EL SINDROME TÓXICO POR ACEITE ADULTERADO, POR SOLICITUD DEL COORDINADOR CENERAL DE DICHO PLAN NACIONAL Y COMO AMPLIACION A MI ANTERIOR TRABAJO.

Este informe se basa en una hipotesis, erronea o verdadera, sobre la fisiopatología del Síndrome Tóxico (S.T.), sobre la cual fundamento una Terapeútica, con la que hemos obtenido unos resultados espectaculares, en todos los casos que han seguido con fe y constancia mi tratamiento.

Breve recuerdo elemental anatomico-fisiológico sobre el Sistema Nervioso, para una mejor comprensión de mi teoría y tratamiento medicamentoso.

El Sistema Nervioso-Vegetativo, está representado por nervios, ganglios y plexos, que inervan corazón, vasos sanguineos, glándulas, órganos y músculos lisos, con una amplia distribución por toda nuestra economía, con la excepción de la musculatura esqueletica, que son inervados por nervios somáticos.

La porción eferente o motora del Sistema Nervioso-Vegetativo comprende dos grandes divisiones:

Simpática o adrenérgica y parasimpática o colinérgica.

El transmisor neurohumoral de todas las fibras autónomas preganglionares; de todas las fibras parasimpáticas postganglionares y algunas fibras simpáticas postganglionares, es la ACETILCOLINA.

El mediador neurohumoral del sistema simpático es la Adrenalina y Noradrenalina principalmente, transmisores de casi todas las fibras postganglionares, y algunos haces del Sistema Nervioso Central.

En general, el sistema nervioso simpático y parasimpático se consideran antagonistas fisiológicos.

Los transmisores neurohumorales se sintetizan y almacenan en las terminaciones axónicas. La llegada de un potencial de acción, produce la liberación del transmisor.

Es evidente que debe haber un medio eficaz de recaptación y almacenamiento, para disponer del transmisor despues de cada impulso.

El Sistema Nervioso-Vegetativo guarda una relación con el siste-

ma endocrino; ambos sistemas tienen representaciones centrales importantes en el hipotálamo, donde se integran entre si y reciben influencias subcorticales, corticales y espinales.

Existen estructuras como el tracto hipotálamo-neurohipofisario y la medula suprarrenal, que no pueden clasificarse estrictamente como pertenecientes al sistema nervioso o al endocrino. La teoría neurohumoral engloba en un concepto unitario de evolución y funcionalismos los sistemas nervioso y endocrino.

El impulso nervioso produce una liberación de acetilcolina, que tiene un efecto despolarizante en todos los niveles en que actúa, posteriormente es hidrolizada por la enzima acetilcolinesterasa, en dos moléculas, colina y acetato, volviendo las fibras donde actúa al estado de reposo o repolarización.

Una vez expuestos los preliminares anatómico-fisiolóficos explicamos: nuestra hipótesis sobre la fisiopatología del Síndrome Tóxico. Está fundamentada toda ella, en que en el Síndrome Tóxico la enzima acetilcolinesterasa sufre un bloqueo por el tóxico, responsable de todo el cuadro clínico de esta intoxicación.

Este bloqueo de la acetilcolinesterasa produce un síndrome de hiperexcitabilidad colinérgico y adrenergico, que recibe el nombre de ANFOTONIA VEGETATIVA" y fue muy bien descrito por Danielopolu.

El tóxico tambien puede actuar, además, como ocurre en las intoxicaciones por vía digestiva, de una forma directa sobre determinados órganos: hígado, estómago, intestino, riñón etc.., siendo las alteraciones dermatológicas una pantalla de cine donde se reflejan éstas.

A grandes rasgos, vamos a explicar la fisiopatología del cuadro clínico, que integran el Síndrome Tóxico

Neumonía atípica e insuficiencia respiratoria.

Los síntomas de la citada neumonía son debidos, por una parte, a la hipertensión pulmonar por vasoconstriccion simpática, con bloqueo continuo o intermitente de la placa motriz cuando es sometida a un exceso de acetilcolina, que provoca en las fibras musculares de los músculos que intervienen en la respiracion, una

contracción continua o intermitente, debido a un bloqueo continuo de despolarizacion o intermitente, según la gravedad del caso, por la cantidad de tóxico ingerido e idiosincracia de cada individuo y, complicada en muchos casos por germenes de cualquier tipo que, bien procedentes del exterior o que se encuentren en las vías respiratorias, exalten su virulencia en estas circunstancias especiales.

Transtornos neuromusculares. Se deben a un bloqueo de despolarización de la placa motriz, al estar sometida a un exceso de acetilcolina, de una forma permanente, al no poder actuar la acetilcolinesterasas anulada por el tóxico, dando lugar a los calambres, contracturas y atrofias musculares, con todo su cortejo sintomático por todos conocido.

La sequedad orofaríngea y ocular persistente, se debe a una inhibicion de las secreciones por excitacion adrenérgica.

La anorexia, insomnio, pérdida de peso e incluso la caquexia que han padecido algunos de mis enfermos, son debidos a la hipertonia simpática que, repercutiendo sobre el metabolismo, provoca una gran lipolisis, por movilización de los depósitos grasos, que alteran los procesos fisiológicos de la peroxidación.

Otros síntomas que integran el cuadro clínico del Síndrome Tóxico. Tales como encefalopatías, coma, por edema cerebral, trastornos psiquiátricos, etc., tienen su explicación en un estudio profundo y mas amplio de las acciones de los mediadores neurohumorales que por limitación de espacio no nos vamos a extender.

Con arreglo a la fisiopatología por nosotros establecida como hipotesis de trabajo, aplicamos el siguiente tratamiento medicamentoso:

1) El Fosfato disódico y acetato de betametasona, por las siguientes razones:

Por su indicacion en todas aquellas intoxicaciones de origen desconocido, por su potente poder antinflamatorio; por su acción rápida y efecto sostenido por su fácil administración y dosificación; porque empleando dosis bajas, hemos obtenido resultados sorprendentes; por su acción euforizante, en estos enfermos de

ánimo deprimido; porque aumenta el apetito, ganando peso rapidamente los enfermos; porque a las dosis utilizadas, no hemos tenido efectos iatrogénicos, propios de los corticoides.

2) Anticolinérgicos, de efecto prolongado y agentes bloqueadores alfa y beta adrenérgicos, según nuestra teoría.

3) La Sulfo adenosil L. metionina, porque aumenta el tur over de las catecolaminas cerebrales.

4) Gangliosidos titulados en ácido N acetilneuraminico, para prevenir la degeneración axonal retrógrada y como facilitador de la conducción nerviosa.

5) La citicolina, que facilita la transmisión neuromuscular y la rehabilitación.

De todo lo anterionnente expuesto, mis conclusiones personales son, en nu opinión, que la intoxicacion se debe a un compuesto organofosforado, que hay uno en especial, el ortotricresilfosfato, que se usa como luhricante, emoliente y disolvente de celulosa y resinas y en la adulteracion de aceite comestible, por confusión o adulteracion fraudulenta.

Los compuestos órganofosforados, producen un bloqueo del enzima acetilcolinesterasa. Su antidoto son las oximas, reactivadores de la colinesterasa, siendo el principal de ellos, la pralidoxima.

Hay antecedentes de intoxicaciones, que guardan cierta semejanza con el Síndrome Tóxico provocado por estos agentes, como son la que ocurrio durante la Ley seca en el Sur de los Estados Unidos, por la adulteración del jengibre de Jamaica y la que tuvo lugar en Meknes, Africa del Norte, en el año 1959.

Madrid, 3 de Marzo de 1983

LA BIOEXPERIMENTACIÓN CON ORGANOFOSFORADOS REPRODUCE LA ENFERMEDAD

El miércoles 8 de abril de 1987 —dia de lluvia— voy esquivando charcos en la amplia escalinata que da acceso a ia antigua Academia de Policia de Canillas. Habia quedado citado alli con el Dr. Luis Frontela Carreras, catedrático de Medicina Legal y director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la universidad de Sevilla, amén de ser el director del programa de Policia Científica y Criminalista. Frecuentes viajes a Scotland Yard mantienen el contacto internacional. En septiembre de 1984 fue requerido para efectuar un peritaje sobre el incendio del que habia sido victima Salvador Dali. También fue suyo el peritaje forense sobre el crimen de Los Galindos. Lleva veinte años largos explicando toxicologia. Es, en suma, una reconocida autoridad en el campo de la medicina legal y de la toxicologia. Al igual que el subdirector del Hospital del Rey en Madrid, también el Dr. Frontela llegó a la conclusión de que el síndrome tóxico de 1981 fue causado por un compuesto organotiofosfotado. Y asi como el Dr. Muro centró su investigación en la epidemioiogia y en rastrear la pista del producto tóxico causante del envenenamiento, el Dr. Frontela se centró en la bioexperimentación. Tras diversas tentativas por dar con el causante de la epidemia, el Dr. Frontela va a parar —al igual que el Dr., Muro, pero por otro camino— al nematicida Nemacur. Asi lo afirma en un primer informe:

«Las series de ratas intoxicadas directamente con Nemacur y con pimientos tratados con Nemacur dos semanas antes de la recolección presentan similares lesiones microscópicas que las que se observan en los fallecidos por el síndrome o neumonía tóxica.»

A mi me lo explicó de esta guisa: «Con un grupo de animales, de ratas y de gallinas, empezamos a hacer una experimentación: a un grupo le administrábamos aceite de colza desnaturalizado presuntamente tóxico, otro grupo era el de control y con otro grupo empezamos a investigar sobre pesticidas cuya estructura molecular pudiera dar sintomas parecidos a los del síndrome tóxico. Entonces observamos a lo largo de meses de experiencia que el aceite de colza desnaturalizado no producia las mismas lesiones que el síndrome tóxico. Sin embargo algunos pesticidas tampoco, hasta que llegamos a un grupo de organofosforados que si reproducian bastantes lesiones: hasta un 70 % de lesiones del síndrome tóxico». Pero dado que está en el buen camino que conduce al esclarecimiento de los hechos, también al Dr. Frontela se le ponen trabas a su investigación, que por cierto —al igual que el Dr. Muro— debe costearse de su propio bolsillo: «A lo largo de todo este proceso nadie nos ayudó; es decir, todos los gastos —que fueron bastantes millones de pesetas— se tuvieron que cubrir a base de un esfuerzo personal increible: nadie nos ayudó. Nosotros pedimos ayuda al FIS (Fondo de Investigaciones Sanitarias) por ejemplo, en septiembre de 1985, y al cabo de diez meses de silencio nos contestan diciendo que la ayuda ha sido denegada. Nosotros vamos de viaje a un congreso, en Navidad de hace dos años, y me llaman mis colaboradores, diciendo que nuestra Facultad de Medicina suspende el suministro de alimentos a los animales. Los animales se empiezan a morir de hambre, mis colaboradores gastan dinero personal de ellos para darles de comer, hasta que llega un momento que no pueden seguir dándoles de comer, que no tienen recursos: se empiezan a morir los animales, hay que matarlos, sacrificarlos todos y aqui se acabó el experimento, a pesar de haber escrito yo al decano de la facultad de Medicina comunicándole la importancia social de esta investigación.»

Últimamente el Dr. Frontela estuvo llevando a cabo un nuevo experimento. En esta ocasión si cuenta desde febrero de 1987 con medios adecuados para el buen desarrollo del mismo. Las pruebas efectuadas demuestran que el aceire presuntamente tóxico no causó el síndrome tóxico. El experimento se vino desarrollando en un marco de máxima seriedad y ateniéndose a un protocolo que se ajusta a las normas internacionales de la CEE.

El informe, que consta de 583 folios, fue presentado el 16 de febrero de 1988 a las partes que intervienen en el juicio. Reproduzco a continuación literalmente sus 18 conclusiones:

(Reproducción del original)

CONCLUSIONES

1º.- El aceite ref. nº 34.560, que procedia del Centro Nacional de Alimentacion y Nutricion de Majadahonda y que fue administrado bajo la referencia de "aceite de colza des naturalizado" a los monos con los que hemos experimentado era un aceite de colza desnaturalizado conteniendo 1.4 p.p.m. de anilina, 1.600 p.p.m. de anilidas, aceite de pepita de uva y grasa de origen animal no se ha detectado en él organofosforados.

2º.- Según informe del Instituto de la Grasa y sus derivados de Sevilla, los resultados obtenidos del análisis realizado en el aceite referencia número 34.560, al que nos hemos referido en el punto anterior, se corresponden con los de la mayoria de los aceites relacionados con el "Síndrome Tóxico, que fueron analizados por dicho Instituto de la Grasa.

3º.- Con independencia de otros resultados que se indican en el apartado I de análisis efectuados, el contenido de anilina y anilidas de los aceites recibidos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición de Majadahonda, es el siguiente:

Muestra nº	Anilina (p.p.m.)	Anilidas (p.p.m.)	Otros
34.560	1.4	1.680	Aceite de colza desnaturalizado con anilina y anilidas y con aceite pepita y grasa de origen animal
47.126	No	No	Aceite de colza, aceite pepita de uva y de grasa animal
54.869	No	No	Aceite pepita de uva, grasas de origen animal y vegetal
55.166	No	32.6	Aceite de colza desnaturalizado con anilina, aceite de pepita de uva y grasa de origen vegetal
55.467	No	44.5	Aceite de colza desnaturalizado con anilina, aceite de pepita uva y grasa de origen animal
55.557	No	No	Aceite de girasol

Muestra nº	Anilina (p.p.m.)	Anilidas (p.p.m.)	Otros
55.558	No	No	Aceite de girasol
55.559	No	No	Aceite de girasol y aceite de origen vegetal
55.562	No	No	Aceite de soja
55.468	No	23	Aceite de colza desnaturaizado, aceite de pepita de uva y grasa de origen animal.

4º.- La administración a monos, durante 30 dias, de una dosis diaria de 1.5 ml/ks de peso corporal del aceite de colza desnaturalizado/ref. 34.560 que contenia 1.4 p.p.m. de anilina y 1.680 p.p.n. de anilidas no reprodujo ni los síntomas ni lesiones semejantes o equivalentes a las descritas en el denominado Síndrome Tóxico humano, o SAT.

5º.- El aceite de colza desnaturalizado, ref, 34.560, indicado en las conclusiones anteriores, no produjo en los monos ninguna lesión que pudiera atribuirse al consumo de dicho aceite.

6º.- No se reprodujo el denominado Síndrome Tóxico al administrar a monos los siguientes organofosforados:

- 1 dosis de 20 ms de Isofenfos/kg de peso en dias alternos, un total de 15 dosis.
- 1 dosis de 5 mg de Isofenfos más 1.5 mg de Fenamiphos/kg de peso en dias alternos, un total de 15 dosis.
- Durante 20 dias, 10 gramos de tomate/kg de peso, tomates que contenian una media aproximada de 0.18 p.p.m. de Isofenfos y 0.12 p.p.m. de Fenamiphos.

7º.- La administración de Fenamiphos y/o Isofenfos ocasionó en la mayoria de los monos lesiones neurotóxicas incipientes, detectables a nivel de los nervios periféricos, tales como degeneración axonica y desmielinización segmentaria, directamente relacionadas con los organofosforados administrados.

8º.- Con una dosis tan pequeña de organofosforados como 1.8 ug de Isofenfos/ks de peso corporal más 1.2 ug de Fenamiphos/kg de peso corporal contenidos en tomates recogidos 8 dias despues de tratar la tierra, donde se cultivaban, con Nemacur y Oftanol, se

obtienen en el 60% de los monos que los comieron durante 20 dias, lesiones neurotóxicas.

9º.- En el analisis de los sueros que nos fueron facilitados de enfermos del Síndrome Tóxico no se detectó la presencia de compuestos organofosforados ni de ninguna otra sustancia tóxica.

10º.- De haber sido la causa de la intoxicación, que produjo el Síndrome Tóxico, un compuesto organofosforado, la cantidad de suero recibida de cada enfermo fue tan sumamente insuficiente que no se podría haber detectado en ellos estos compuestos.

11º.- Dado que los sueros que hemos analizado, muy probablemente se extrajeron de los enfermos dias después del comienzo de la intoxicación, aunque estas personas hubiesen ingerido organofosforados, con gran probabilidad éstos ya se hubiesen metabolizado y eliminado cuando se les extrajo la sangre, debido a la rapida degradación de estas sustancias.

12º.- La inhibición de la colinesterasa en los monos y con los organofoaforados experimentados por nosotros ya no era evidente a las 24 horas de la intoxicación por Fenamiphos y a las 36 horas de la intoxicación por Isofenfos, por tanto aunque el Síndrome Tóxico se hubiese producido por un organofosforado de acción similar a los que hemos utilizado con los monos, con que la intoxicación se hubiese originado al menos dos dias antes de la extracción de los sueros analizados ya no se hubiese observado en ellos inhibición de la colinesterasa, por lo que el hallazgo de cifras en gran parte normales de esta enzima no permite descartar la posibilidad de intoxicacion por organofosforados.

13º.- La cantidad de vísceras y otros fluidos corporales (liquido pleural) recibidos de los fallecidos mas cercanos a la fecha del comienzo de la intoxicación, era sumamente ridicula para un estudio toxicológico.

14º.- Las visceras recibidas, no eran las más idóneas para un estudio toxicológico.

15º.- En los aceites analizados no se detectaron organofosforados.

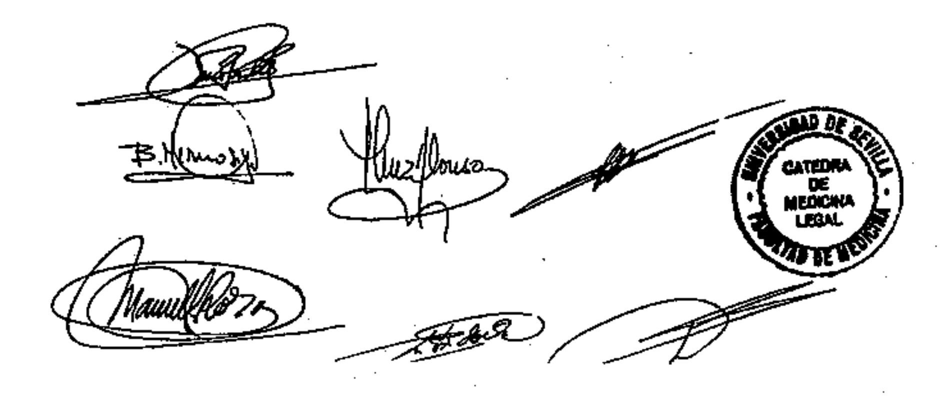
16º.- La rápida metabolización que sufre el Fenamiphos en el organismo, contribuye a no poderle detectar en él mismo dos dias después de la administración de este tóxico.

17º.- El isofenfos se ha detectado hasta seis dias despues de su

administracion; 10 dias después de su administración ya no se detectó dicho compuesto en el organismo.

18º- No se han detectado organofosforados ni otros toxicos en las visceras recibidas de fallecidos por el Síndrome Tóxico.

Y es todo cuanto tienen el honor de manifestar en el presente informe, que consta de quinientos ochenta y tres folios, escritos a una sola cara, firmados y rubricados en Sevilla, a once de Febrero de mil novecientos ochenta y ocho.



Queda patente, de acuerdo con estas conclusiones, que tampoco por la vía bioexperimental se puede acusar al aceite de colza de ser el causante del envenenamiento, mientras que hay indicios de que una minima porción de Oftanol y de Nemacur, en tomates recolectados a los 8 dias, producen lesiones neurotóxicas Lo que proporciona una base suficientemente importante como para seguir esta pista hasta sus últimas consecuencias, como lo recomendaba insistentemente el Dr. Muro. Variando los plazos temporales, y buscando acaso el tercer elemento del peligroso cóctel, puede llegarse —si se quiere— al final del enigma. Aunque ya apunté ai principio que puede llegar a cobrar cuerpo el pacto cuya sombra pende cual nube del olvido sobre el juicio que todavia está pendiente de sentencia en la madrileña Casa de Campo: repito aqui que a grandes rasgos podria llegar a pactarse la libertad de los industriales que hoy se sientan en el banquillo, a cambio de que la Administración no apareciera involucrada en el escándalo de la primavera de 1981.

Porque yo no puedo olvidar las anteriores conclusiones del Dr. Frontela. Me comentó por ejemplo que, anteriormente, «nosotros lo que si hemos observado es que —en contra de otras opiniones que afirman que no habia inhibición de la colinesterasa— nosotros hemos analizado los sueros o plasmas de enfermos del síndrome tóxico de los primeros dias, y si habia inhibición de la colinesterasa, y esto es de los organofosforados. O sea: eso lo producen los organofosforados.»

Llegar a estas conclusiones supone naturalmente el exponerse a que la labor se vea dificultada: «Yo dirigi una correspondencia al presidente del Gobierno, que entonces era Leopoldo Calvo-Sotelo; dirigi también correspondería a varias autoridades, en que les pedia una serie de datos para poder orientar la investigación. Solamente recibi un acuse de recibo, diciéndome que habian recibido mi documentación, pero nada más; no se pusieron nunca más en contacto conmigo para facilitarme ningún tipo de datos o de ayuda.

»Al igual que sucediera con los informes del Dr. Sánchez-Monge, cuando comunicó que sabia cómo podian curarse a los afectados del síndrome tóxico: el silencio por respuesta. El pacto bien cumplido.

Continúa el Dr. Frontela; «Luego me citaron de la Organización Mundial de la Salud. Me citaron con quince dias de antelación; solamente con quince dias de antelación, y en la fecha en que yo tenia exámenes en Sevilla; eran los examenes finales de mis alumnos. Si a mi me citan antes, yo hubiera pospuesto los exámenes. Además, en quince dias, ¡cómo voy a poder preparar toda la información cientifica cuando eso me tendrian que avisar con varios meses o por lo menos con un mes de anrelación! Entonces no puedo ir porque me era materialmente imposible ir a Copenhague. Claro, cuando no voy, pues se interpreta como que descalifican mis trabajos, o que no son fiables. Cuando nadie los conoce todavia, los trabajos de investigación que estamos haciendo. Seguimos investigando, los letrados nos piden una prueba pericial, el Juzgado nos da tres meses de plazo para hacer esa prueba pericial, sin embargo no recibimos los elementos hasta un mes antes de acabarse el plazo y algunos elementos ni siquiera la vispera de acabarse el plazo, los habiamos recibido. Entonces tuvimos que renunciar a la pericia, por falta de tiempo, y por falta de material.»

¿Sabian los afectados que asi se estaba fomentando la investigación de las causas que les produjeron su enfermedad?

Interrogado ante las cámaras de la televisión alemana acerca de la sustancia que, en su opinión y en base a sus investigaciones, habia causado el síndro-

me tóxico, el actual director del programa de Policia Cientifica y Criminalista, y catedrático de Medicina Legal, amén de eminente toxicólogo, respondió a principios de 1985: «Nosotros creemos que se trata de un grupo de pesticidas organofosforados».

Con esta frase pongo punto final a las opiniones aportadas en este documento, que recoge someramente la tesis disidente de la opinión oficial, sobre el origen del envenenamiento masivo de la primavera de 1981 en España.

El industrial del aceite Enric Salomó y muchos afectados por el síndrome tóxico están dispuestos a ingerir el aceite supuestamente tóxico, para demostrar que eso no fue lo que los envenenó. ¿Está dispuesto el Sr. Calvo-Sotelo, los responsables de Sanidad en la primavera de 1981, y los dirigentes máximos de la multinacional Bayer a ingerir tomates prematuramente recolectados, previamente tratados con determinado combinado organotiofosforado?

Sintetizando al máximo el problema planteado por el síndrome tóxico, me atrevo a aventurar que nos hallamos ante una enfermedad sistémica, producida por un tóxico sistémico, cuyo desvelamiento público causaria un gravisimo perjuicio al sistema. Mas no hay prisa. El tiempo suele depurar las siruaciones: también acabaria confesando Göring en Nürnberg que el bombardeo de Gernika no fue otra cosa que un banco de ensayo para la Luftwaffe. ¿Para quién lo fueron los tomates de Roquetas de Mar?

Eso, la combinación exacta de los productos con que fueron tratados, el campo de cultivo concreto y las condiciones en que se llevó a cabo el experimento, son tema de otro libro.

La urgencia por informar a la opinión pública antes de que se dicte la sentencia que dictaminará las responsabilidades inherentes al envenenamiento de la primavera de 1981, me ha obligado a restringir el contenido de este libro a una minima parte de la información que tengo recopilada sobre el síndrome tóxico. Es éste pues un resumido muestrario de urgencia para información del gran público. En el tintero se quedan de momento las informaciones amplias y detalladas que alimentan estudios en profundidad sobre este complejo problema.

ANEXOS

ANEXO 1:

Discurso pronunciado por el letrado Juan Francisco Franco Otegui ante el Parlamento Europeo, el 26 de octubre de 1986.

Ante todo quiero agradecer la oportunidad que se me ha brindado para exponer ante tan selecto auditorio la versión real de lo acontecido en torno a la masiva intoxicacion ocurrida en España durante el año 1981. Vaya pues mi reconocimiento a tan loable gesto que aun adquiere un mayor valor si tenemos en cuenta la imposibilidad práctica de utilizar los medios de comunicación social en mi pais para expresar cualquier discrepancia con la hipótesis oficial del Sindrome Tóxico.

Aun cuando trataré de una de las hipótesis alternativas no es este mi objetivo principal. El propósito es dejar constancia de unos hechos que por si mismos pondrán en evidencia las manipulaciones y falsedades da que fue objeto la investigación cientifica esencialmente epidemiológica para dar apoyo a la hipotesis oficial e impedir la apertura de lineas alternativas.

Pretendo pcr tanto denunciar publicamente estos hechos que nan permitido ocultar la verdadera causa del la intoxicacion y perpetuar la caotica situación existente en España en relación con la prevencion sanitaria y el medio ambiente.

Este mal endemico es preciso desaparezca con la maxima urgencia.

El reciente desastre ocurrido en el Coto de Doñana es un nuevo aviso. Si en este caso como en el Sindrome Tóxico se están ocultando los hechos ¿Que no ocurrirá en todos aquellos en los que la concentreción de las víctimas y las manifestaciones no son tan espectaculares? Pero aun es mas grave la acción larvada silenciosa e invisible de la intoxicación subaguda o cronica practicamente imposible de denunciarse por si misma. Si es posible que en España se den los casos extremos de intoxicaciones agudas como las mencionadas, es lógico pensar que los estadios interiores ocasionados por menores dosis, también se produzcan. Si en las primeras manifestaciones inmediatas y espectaculares ha sido imposible determinar su causa, en las segundas de efectos a largo plazo no es posible tan siquiera sospechar su etiologia tóxica.

No es un problema cuyos efectos puedan encerrarse en las fronteras españolas. España se ha convertido en la huerta de Europa. Los efectos de la falta de regulacion adecuada y control efectivo existente en España, fatalmente se han de proyectar sobre el exterior. Cualquier error o imprudencia cometida en suelo español puede llegar al lugarmás recóndito de la comunidad. En interes de todos resulta de imperiosa necesidad acabar con este caos en materia de prevención y seguridad responsable no solo de catástrofes como el Sindrome Tóxico sino también de la ocultación de sus causas reales.

La reacción, actitud y actuacion de la Administración española ante el Sindrome Tóxico de 1981 es suficientemente elocuente para conocer el alcance del problema y justificar la adopción de urgentísimas medidas para su solucion.

En breves palabras puede resumirse la intervención oficial del siguiente modo:

El 2 de mayo de 1981 el Dr. Muro informó a la Dirección Provincial de la Salud de la existencia de una erfermedad desconocida. El 9 de mayo de 1981 el mismo Dr. Muro comunicó, en atención a la distribución geográfica de los casos que el proceso podia tener un origen digestivo. El examen de las placas de Peyer, en las autopsias practicadas. solicitado insistentemeate por el Dr.

Muro confirmó el 11 de mayo las lesiones en el aparato digestivo sospechadas por el insigne científico.

La comunicación del Dr. Muro a los responsables de Sanidad de la relacion de la enfermedad con los mercados ambulantes y la predicción de los lugares de aparición de nuevos brotes, provocó la suspensión de sus funciones como director del Hospital del Rey.

Denunciada así por el Dr. Muro la evidente relación de la enfermedad con una intoxicación por vía digestiva en contra de la hipotesis oficial de la transmision aérea (legionella; micoplasma), la Administración tuvo que buscar el sustituto del micoplasma en un agente indeterminado transportado en el aceite. Diversos intereses (grupo oliverero) y el propio azar (una asociación espúrea) han apoyado la hipótesis, pero la razón o causa primera de inculpar a la colza no está clára, y quizás su explicacion debe buscarse en un aviso de la Interpol recibido en España en marzo de 1981. La concreta elección del aceite de colza tambien pudo ser establecida de esta forma falaz, la presencia del aceite de colza desnaturalizado con anilina para usos industriales como el "elemento común" inexistente en la realidad de los aceites sospechosos y servirá a su vez para presumir la existencia del tóxico sin necesidad inmediata de su localización. Al menos de cara a la opinión pública, la sola mención de su uso industrial es suficiente para asociarlo a unos potenciales efectos dañinos. Máxime si se desconoce que se trata de un aceite comestible al que la adición de anilina no añade caracteristica técnica alguna ni lo "envenena" para hacerlo incomestible. Sólo tiene la simple función de un marcador que impida su desvio al consumo de boca para, evitar una competencia a la producción nacional. Por esta razón los informes analiticos iniciales omitían toda determinación cualitativa y cuantitativa limitándose a expresar positivo o negativo respecto a la presencia de aminas aromáticas.

Esta trama elemental fué suficiente para desatar la campaña publicitaria y asentar por lo menos o nivel popular la creencia de que el aceite de colza fue el responsable de la intoxicación. Sin embargo era preciso dotar a la hipótesis de una argumentación

aparentemente científica. Este apoyo lo dispensó fundamentalmente la investigación epidemiológica Investigacion que podia admitir una manipulación sin ser descubierta de inmediato, y, sobre todo, la que condicionaría el resto de la investigación. De todas formas debe destacarse que aún asi, sólo fue posible asociarlo con un aceite definido como el contenido en garrafas de plástico de cinco litros sin marca de venta ambulante. Nunca de colza.
La investigación toxicológica, química y bioexperimental quedaba circunscrita exclusiva e indefinidamente dentro de los límites fijados por los resultados de la investigación epidemiológica: el aceite. A pesar de los constantes resultados negativos, el investigador oficial justificará su quehacer, o, garantizará su irresponsabilidad, en los antecedentes epidemiológicos.
Desde los momentos iniciales recibió también la cobertura de la investigacion clinica, condicionando los diagnósticos (criterios mayores: consumo de aceite), ocultando o retrasando el reconocimiento de síntomas de la enfermedad, y manipulando resultados analíticos (niveles de colinesterasa).
Paralelamente, la Administracion, impidió el desarrollo de hipótesis alternativas valiéndose de todo tipo de medios, incluidos la ocultación y falsificación de todos aquellos datos que exigían la apertura de nuevas lineas de investigación.

MANIPULACIONES Y FALSEDADES EN LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

El apoyo epidemiológico fue prestado a traves de un estudio sobre la curva de incidencia de la enfermedad y varios estudios de caso-control.
La curva de incidencia fue elaborada utilizando cuantos artefactos fueron necesarios para hacer coincidir el descenso de la enfermedad con la fecha del anuncio, a traves de los medios de difusión, del papel etiologico del aceite. La curva confeccionada con los datos reales denucia que el descenso de la enfermedad ocurre quince dias antes del referido anuncio y por supuesto mucho antes

(más de un mes) de la retirada del aceite.
Los estudios caso-control han pretendido establecer una asociación altamente significativa, a nivel familiar e individual, entre el consumo de un aceite clandestino y el riesgo de enfermedad: una relación directa significativa entre la cantidad de aceite estimada de consumo individual y la tasa de ataque de la enfermedad, y, además, una mayor incidencia, en las familias afectadas, en el caso de consumo de aceite crudo.
Sin entrar en la validez de los datos manejados, nos encontramos con que son falsas las afirmaciones de que se hayan detectado una asociación a nivel individual, una relación entre cantidad de aceite consumido y enfermedad (dosis-respuesta) y una mayor incidencia en los casos de consumo de aceite crudo.
La asociación no pasa del nivel familiar. Sin embargo, este resultado se proyecta artificiosamente a nivel individual.
La relación cantidad aceite consumido-enfermedad (efecto dosis-respuesta), no solo no es positiva, sino que, los estudios arrojan el resultado paradójico de ser negativa la expresada relación.
Tampoco se deduce de los estudios, un mayor consumo de aceite crudo en las familias enfermadas. Lo que realmente se encontró fue una mayor incidencia en el consumo de ensaladas en enfermos que en pacientes sanos. Esta asociacion de gran transcedencia para resolver el problema, puesto que comenzaba a discriminar sanos de enfermos individualmente, fue ocultada y se presumió que el aceite, entre varios componentes de la ensalada, era el vehículo del tóxico. No se realizaron los correspondientes controles por terceros factores, como procedia, para evitar la determinacion del verdadero elemento causal.
La inculpación del aceite precisaba de una confirmacion, establecida con un "verdadero método cientifico, que alejara toda sospecha de error. Los estudios de caso-control fueron utilizados en este cometido. Detectar una diferencia, estadisticamente significativa en el consumo de aceite entre dos grupos, enfermos (casos) y sanos (control) no era posible sin salvar dos escollos: la hetereo-

geneidad de los aceites consumidos por los enfermos (más de veinte marcas, diferentes origenes; diferentes composiciones, etc.) y el consumo generalizado de dichos aceites por la práctica totalidad de los habitantes de los municipios afectados por la intoxicación.

El primer obstaculo fue salvado definiendo el aceite problema de forma tan generica, que cualquier situacion pudiera ser comprendida en dicha definicion. Realmente no fue definido. (Aceite en garrafas de plástico de cinco litros sin marca: aceite clandestino aceite ilegal, etc.).

Si el problema anterior era grave, no era menor el que planteaba el consumo de aceite sospechoso por la practica totalidad de la poblacion de las localidades con casos. Si todos o casi todos los habitantes enfermos y sanos consumieron el aceite problema dificilmente podian arrojar las encuestas diferencias significativas entre uno y otro grupo. Si se deduce de las encuestas tal diferencia, es evidente que ha sido falseada la realidad. Poco importa que provenga del engaño consciente o incosciente de encuestados o encúestadores puesto que esta situacion era perfectamente conocida por los diseñadores y responsables de la elaboracion de los estudios de caso-control. Probablemente no previeron que la operacion de Canje (recogida del aceite tóxico y entrega de aceite de oliva) iba a proporcionar datos estadisticos de fundamental importancia para descubrir la falsedad. Estos datos de la recogida de aceites muestran que el 80% de los habitantes de las localidades escogidas para realizar los estudios epidemiologicos eran consumidores del aceite problema. Las encuestas de familias-caso (enfermos) reflejan esta proporción aunque se haya pretendido ocultar o disimular todos los casos que admitieron no haber consumido el aceite sospechoso. Sin embargo las encuestas a los controles no muestran estos porcentajes.

Deliberadamente han sido falseados los estudios por sus autores. La documentación parcial obtenida tras improbos esfuerzos a traves del Juzgado, ha puesto de manifiesto en cuatro de estos estudios que no existen encuestas a controles. Por tanto no son estudios de caso-control y no obstante han sido calificados falsamente

como tales. Del resto se desconoce si existen controles o quienes fueron encuestados como tales por falta parcial o absoluta de datos. Todo esto explica la resistencia de la Administración a hacer públicos los datos de base de dichos estudios.

AUTORES DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA.

Centros extranjeros. Center Desease Control de Atlanta. La parte fundamental de la investigacion epidemiológica (estudios de caso-control) fue realizada por extranjeros. La falta de una estructura minima en los servicios de epidemiologia españoles la necesidad de apoyarse en un teorico prestigio y sobre todo el proposito de desviar la responsabilidad motivó la peticion de ayuda al Public Health Service-Centers for Disease Control de Atlanta. El Dr. Joseg G. Risau diseñó los estudios y los llevó á cabo en una primera fase (2 de junio a 9 de agosto de 1981) en Navas del Marqués sin más colaboración que los servicios de epidemiólogos nacionales. Estos estudios sirvieron de modelo a los confeccionados por los servicios de epidemiologia nacionales (Cerezo, Colmenar Viejo, Chozas) y al realizado por los servicios de epidemiologia de la Generalidad de Cataluña (Pozuelo de Alarcon). Las contradicciones y resultados negativos de estos estudios motivaron la urgente petición de las autoridades sanitarias españolas al CDC de Atlanta de una reevaluacion de los trabajos realizados. A mediados de octubre de 1981 nuevamente el Dr. Rigau, esta vez unido al Dr. Edwin M. Kilbourne y Cark W. Heath, auspiciados por la O.M.S., se encargaron de completar la obra de adaptacion de modo que no pudiera ser rebatida. Toda la documentación de base de los estudios realizados por los norteamericanos no ha side posible ottenerla.

Organismos y Centros Nacionales:

En la elaboracion de los estudios epidemiológicos intervinieron:

- Subdirección General de Programas de la Salud del Ministerio de Sanidad.

- Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña junto con la Clinica Puerta de Hierro.

- Centro Especial Ramón y Cajal y Hospital del Niño Jesus.

La responsabilidad de la dirección y ejecución fue asumida principalmente por los doctores, Luis Cañada Royo, Francisco Javier Catalá, Gil, Andrés, Oñorbe, Yuste Grijalba y Tabuenca Oliver.

MANIPULACION Y FALSEDADES EN LA INVESTIGACION QUIMICA, TOXICOLOGICA Y BIOEXPERIMENTAL

El esfuerzo de estas áreas tuvo como objetivo, primero, ocultar la falta de signficación toxicológica y la procedencia de las trazas de las substancias ajenas al aceite detectadas (provenientes de los procesos de obtención, refino, colorantes, etc.); después, identificar la presencia de anilinas/das con el aceite de colza desnaturalizado. La exigencia de las determinaciones cuantitativas en los informes analiticos pusieron de manifiesto el engaño. El abandono de los términos genéricos (aminas aromáticas/anilinas: positivo/negativo) por las substancias y cantidades concretas de las mismas evidenció la falta de significación toxicológica. Del mismo modo las determinaciones de la composición de ácidos grasos denunciaria, en muchos casos, la inexistencia de colza en los aceites, a pesar de la detección de anilinas/das. La simulación del proceso de refino, confirmó este extremo, demostrando que las anilinas/das desaparecen prácticamente al término de la desodorización.

El Dr. Tena llegó a afirmar la detección de anilidas en visceras de fallecidos. Un estudio del Instituto de la Grasa de Sevilla, determinó el fin de tales detecciones, al evidenciar la rápida eliminacion de tal substancia. No obstante el Dr. Tena pretendió mantener la afirmacion manipulando los datos de su investigación.

La intervencion de diversos laboratorios de Centros extranjeros impidió cuajaran los despropósitos de esta investigacion y la bioexperimental. Ningún resultado de los Centros españoles pudo ser reproducido por los extranjeros. Naturalmente, los informes extranjeros fueron ocultados celosamente.

MANIPULACION Y FALSEDADES EN INFORMES Y EVALUACIONES. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

Las autoridades españolas, desde el primer momento, buscaron el amparo del teórico prestigio de la O.M.S. para suplir la falta de demostración científica por las afirmaciones dogmáticas del organismo internacional.

En reunión celebrada en Madrid del 20 al 25 de marzo de 1983, bajo los auspicios de la O.M.S., se procedió a examinar y valorar los trabajos de investigación realizados hasta aquel momento. Destaca sobremanera, que para evaluar la investigación epidemiológica, única base de apoyo de la teoría del aceite, fueron designados los principales autores de tal investigación: C.W. Heath, Rigau Pérez, Kilbourne, Yuste Grijalba, Catalá, etc. A estos mismos expertos se encomendó la evaluación de las hipótesis disidentes. No es de extrañar los resultados de tal imparcial tribunal: aprobacion de sus propios trabajos y descalificación absoluta de la investigación de la competencia.

La valoracion de la investigación quimica, toxicológica, etc. merced a la intervención de un honrado cientifico y pese a la oposición del Dr. Tena, se hizo en condiciones que garantizaban mejor su objetividad. Eso permitio que las conclusiones, no reconocieran resultado positivo alguno, haciendo caso omiso a las violentas presiones del Dr. Tena.

Las conclusiones y resumen de los trabajos realizados en la reunión de marzo de 1983, fueron publicados, en un texto editado (un año después) en Suiza, por la O.M.S., Oficina Regional para Europa. En dicha publicación, puntualiza el organismo internacional desde su primera página, de quién es la responsabilidad del contenido de la misma:

"Las opiniones expresadas en la presente publicación son las de los participantes de la reunión y no representa necesariamente las decisiones o la política declarada de la Organizacion Mundial de la Salud".

Las falsedades fundamentales vertidas en el texto son las

siguientes:

1.- La pretendida asociación entre enfermedad y consumo de aceite SE DEDUJO DE NUEVE ESTUDIOS DE CASO-CONTROL.

El subgrupo de epidemiologia del Working Group de marzo 1983, pasó por alto las manipulaciones realizadas en los estudios (grupos-control, asociación con ensaladas, etc.) que permitieron establecer la "asociacion" e hizo la falsa afirmacion de que sus conclusiones fueron deducidas de nueve estudios de caso-control. Sólo se dispone de los datos brutos de seis estudios y de aquellos se deduce, que cuatro de estos, no pueden ser considerados como estudios de caso-control. La documentación básica de los restantes estudios permanece oculta, pese a las constantes peticiones formuladas a traves del Juzgado para obtenerla, lo que impide confirmar o desmentir, si se tratan, o no de caso-control. Se vieron obligados a mentir porque necesitaban basar sus conclusiones en lo que ellos consideraban el máximo exponente del metodo científico que marcaria la diferencia entre investigación oficial y la hipótesis alternativa: los estudios de caso-control. No debe olvidarse que el Dr. Muro afirmó y demostró científicamente la invalidez o ineptitud de dicho método para el Síndrome Tóxico. Precisamente, apoyándose en esta afirmación, sin ser examinada su vasta y exhaustiva investigación, la descalificarian por falta de "rigor cientifico".

2.- La "modalidad dosis-respuesta" indicadora de mayor consumo de aceite por los pacientes afectados "SE ENCONTRO EN UNA SERIE DE ESTUDIOS EN NAVAS DEL MARQUES".

De los seis estudios realizados en Navas del Marques, sólo el segundo llega a tal conclusión: los demás, no sólo no llegan a encontrar la relación indicada. sino que por el contrario, se deduce una correlación negativa entre el consumo y la enfermedad, a mayor consumo de aceite menos enfermedad, como ocurre en el cuarto de los estudios mencionados.

Lo mismo ocurre con otros estudios (Pozuelo de Alarcón):

El informe del Dr. R. Goulding de 2 de agosto de 1981, patrocinado por la O.M.S. reconoce expresamente la ausencia de correlación dosis-respuesta.

La correlación dosis-efecto es fundamental para determinar el papel etiológico de un alimento en una intoxicación. La significación toxicológica de una sustancia, está en función o relación con su cantidad, y según sea ésta, puede pasar, según su incremento, desde efectos beneficiosos hasta letales.

Esta fue la razón que empujó al Working Group marzo 1983, a la falsa afirmación, convencidos de que nunca se harian públicos los datos y documentación manejada.

3.- <u>La realización de un estudio caso-control en el Hospital del Niño Jesús antes del 10 de junio de 1981.</u>

El estudio realizado en el Hospital del Niño Jesús, ni es de caso-control, ni fue anterior al 10 de junio de 1981 (anuncio oficial de la implicación del aceite en la enfermedad). Con esta afirmación, sin duda alguna, se pretendia dar a entender que este estudio estaba libre de todo sesgo, y por tanto sus conclusiones absolutamente fiables, y que la adopción de la hipótesis del aceite se hizo fundada y cientificamente.

4.- <u>La colinesterasa era normal en los enfermos.</u>

Absolutamente falso. Se ha intentado apoyar tal afirmación sobre una decena de determinaciones de pseudocolinesterasa realizadas sobre muestras extraidas pasada la fase aguda, sin valor a efectos de estudios sobre intoxicación organofosforada. Por otra parte se ocultaron análisis efectuados sobre muestras oportunamente obtenidas que mostraban la inhibición del enzima en valores superiores al 30%.

Era de vital importancia negar la existencia de alteraciones de los niveles normales de inhibicion de colinesterasa para impedir el enfoque correcto de la investigación. Detectada tal anomalia aunque pueda provenir de varias causas es obligatoria la investigación de organofosforados. Ante esta situación no dudaron en recoger en el panfleto la falsa afirmación.

<u>GRABACIONES MAGNETOFONICAS DE LAS SESIONES DEL WORKING GROUP MARZO 1983.</u>

Llama poderosamente la atención la falta de las cintas que recogieron las sesiones más importantes y conflictivas: la discusión de la investigación epidemiológica y la exposición del Dr. Muro de su hipótesis. No obstante la parte grabada muestra con suficiente claridad que el informe publicado nada o muy poco tiene que ver con lo sucedido en las mismas. Como más significativo se puede mencionar las presiones de la representación española para el reconocimiente y confirmación de las conclusiones y hallazgos de la investigación realizada en España; la petición de destrucción de toda la documentación que precedió a la elaboracion del informe final y el verdadero objetivo de la precipitada entrevista concedida al Dr. Muro.

La escandalosa pretensión española creó una gran tensión en el Working Group y motivó diversas reuniones y la redacción de varios documentos para llegar a un "pacto de silencio". Lógicamente como no podía dejarse prueba de tan poco ortodoxa conducta se acordó la destrucción de la documentación delatora.

INFORME DE LA PRIMERA REUNIÓN DEI STEERING COMMITEE DESIGNADO POR LA O.M.S.-Junio 84.

Precedieron varias redacciones al texto definitivo. La manipulación retórica fue creciendo de versión en versión hasta ocultar prácticamente la realidad:

Las presiones de 13 representación oficial española y de los expertos extranjeros responsables de las conclusiones del Working Group de marzo 83 se impusieron al resto de los participantes.

Como consecuencia de las recomendaciones del Working Group 83 fueron iniciados diversos estudios en la Comisión de Investigación Epidemiológica del PNST con fines confirmativos de la hipótesis oficial. Los datos recogidos en estos trabajos, sorprendiendo a los propios autores delataron la imposibilidad de que el aceite pudiera estar relacionado con la enfermedad. Hecha pública esta situación antes de la celebración de la reunión del Steering Committee hizo imposible su ocultación.

Por esta razón el informe hace referencia a cada una de las cuestiones (incidencia de la curva de la enfermedad y circuitos de comercialización del aceite) pero trata de desfigurarlas y despojarlas de todo significado. Intenta negar o cuando menos suscitar la duda sobre la fiabilidad de los datos manejados en los estudios. y por último no se pronuncia en ningún caso bajo falso pretexto de ausenca de datos o falta de confirmación de los mismos, dejando la puerta abierta a ulteriores revisiones o nuevos estudios.

Respecto a la curva de la incidencia de la enfermedad, el estudio demuestra que el descenso de la enfermedad comienza 15 dias antes de hacerse pública la relación con la enfermedad. Este hecho estaba confirmado casi un año antes de la redacción del informe. Precisamente la Directora de la Comisión de Investigación Epidemiológica, trataria este asunto con el Dr. Heath en Estados Unidos el otoño de 1983. Sin embargo, la redacción será inexacta:

"en el momento presente parece ser que la epidemia estaba alcanzando su máximo espontáneo en las provincias de Madrid y Leon /por esas fechas, unos pocos dias antes del anuncio público...".

todo ello para eludir el reconocimiento expreso de que la enfermedad descendió antes del anuncio, lo que invalida el argumento expectacular, utilizado desde el principio, de que la enfermedad remitió al suspenderse el consumo de aceite sospechoso.

Fijando cronológicamente el brote y remisión de la epidemia (curva de incidencia de la enfermedad), el estudio sobre los circuitos de comercialización del aceite es de importancia capital para confirmar o descartar la hipótesis.

Desde el principio este tema fue evitado cuidadosamente y sólo fue manejado el dato de la cantidad (número de cisternas: litros; etc.) para explicar el fenómeno. Se omitieron las coordenadas fundamentales, el tiempo y el espacio, es decir, dónde y por dónde se ha distribuido para verifícar si coincidía con el momento de la aparición de la intoxicación y los puntos por donde se extendió. La existencia de diversos canales de distribución del aceite sospechoso obliga, en primer lugar, a la búsqueda del punto común de todos ellos, ya que de otro modo, no podria ser explicado el brote explo-

sivo de la epidemia (salvo en la hipótesis del atentado, contaminando simultáneamente varios canales).

El estudio referido de los circuitos de comercialización, obra de uno de los vocales de la Comisión de Investigación Epidemiológica del FNST, descubre la falta de coincidencia espacial y temporal de la enfermedad con la distribución del aceite de colza desnaturalizado y la inexistencia de cualquier circunstancia en común respecto, no ya del aceite de colza, sino de todo tipo de aceite.

La tensión producida en la discusion de este tema en la reunión del Steering Committee de junio 1984 no refleja el informe final. Este informe intenta desautorizar el estudio haciendo la afirmación falsa de que los datos del estudio están "basados en informaciónes obtenidas de los comerciantes implicados". Oculta la comprobada existencia de diversos circuitos de comercialización sin ningun punto en comun y la conclusión de que no pudo ser ningun tipo de aceite el vehiculo del tóxico. En su lugar, hace la falsa afirmación de que el objeto del estudio es buscar el punto de contaminación en la cadena de distribución, que considera única, para una mejor definición del aceite.

La documentación manejada por la Comisión de Investigación Epidemiológica evidencia que la asociación, deducida de los nueve estudios de caso-control, entre el aceite y la enfermedad no era causal. Su denuncia, en los trabajos presentados por los vocales de la citada comisión y la discusión provocada en el Steering Committee de junio 1984, también fue prácticamente silenciada en el informe. No quisieron pronunciarse insinuando la falta de elementos de juicio:

"... el Comité acordó estudiar todas las pruebas significativas que se le hicieran llegar".

Pero la redacción del primer borrador nos muestra que era una simple excusa para no comprometerse:

"... el Comité de la enfermedad ha acordado que para dar más especificaciónes sobre las objeciones, estudiará el trabajo de los dos participantes para su evaulación».

La falsedad denunciada respecto a la consideración de estudios de casos-control a los nueve estudios examinados en el Working

Group de marzo 83, se refleja en el informe de la siguiente forma: "Se han realizado un total de 9 estudios de control de casos. El programa del PNST está actualmente revisando los datos de estos estudios. En 3 estudios no se dispone de datos suficientes para realizar interpretaciones epidemiológicas precisas".

Compárese con la redacción del primer borrador:

"Hubo 9 estudios de casos-control. Estos estudios fueron resumidos pronto por el Working Group de 1983. Tres de estos estudios no tienen los suficientes datos para considerar los estudios de caso-control". (anexo 1).

La reiterada denuncia sobre los más que numerosos casos de informes sin el antecedente de consumo de aceite sospechoso se recoge en el informe de manera que el tema queda condenado al archivo.

"Hay que determinar si es viable la investigación de casos esporádicos del SAT, no relacionados con el consumo de aceite ilegal».

La investigación de aspectos comprometidos quedan siempre condicionados a evaluaciones previas que impiden en la práctica su realización.

El examen de estos aspectos del informe son suficientemente elocuentes como para conocer el verdadero espiritu que lo anima. Por un lado, las evidencias abrumadoras y por otro las presiones de quienes pretenden ocultar el engaño, aconsejaban dejar las cosas tal como estaban, ignorando y ocultando la realidad para posponer, a una próxima reunion del Steering Committee, cualquier modificación.

GRABACIONES DE LAS SESIONES DE LA PRIMERA REUNIÓN DE STEERING COMMITTEE.

Al parecer se ha hecho desaparecer la grabación correspondiente a la conflictiva sesión en la que se denunciaron las contradicciones y falsedades de la investigación epidemiológica oficial.

A partir de la reunión de junio 84 del Steering Committee, la Oficina Regional para Europa de la O.M.S. intenta salvar su imagen. Con este propósito el Dr. Tarkowski, en carta fechada el 13 de

octubre de 1984, propone a la Coordinadora del PNST, la revisión de la investigación epidemiológica por tres epidemiólogos independientes, no relacionados con el síndrome tóxico, y aprovecha, con gran sutileza, para dejar constancia de que la O.M.S. nada tuvo que ver en las decisiones adoptadas en la primera reunión del Steering Comittee, y que jamás dispuso de los datos básicos de la investigación epidemiológica. La coordinadora, un mes más tarde, contestó a la carta anterior. Con no menos habilidad, hará ver al Dr. Tarkowski que la situación, respecto a los datos de base era perfectamente conocida por la O.M.S. a través del Working Group de marzo 83 y el encuentro previo a la primera reunión del Steering Committee, celebrada en junio 84 (anexos 2 y 3).

El PNST, poco despues de celebrarse el Steering Committee de junio 84, disolvió la Comisión de Investigación Epidemiológica para impedir, sin duda alguna, el desarrollo de la línea de investigación iniciada por los vocales disidentes. Antes de proceder a ello, tuvo la precaución de asegurar la continuidad de la politica de investigación confirmatoria de la hipótesis oficial, mediante la firma de un convenio con el CDC de Atlanta. Con esta maniobra quedaba encomendada la revisión de la investigación epidemiológica a sus propios autores y por tanto garantizada su confirmación.

REUNIÓN DEL STEERING COMMITTEE CELEBRADA EN COPENHAGUE EL 18 DE DICIEMBRE DE 1984.

Los acuerdos tomados en dicha reunión demuestran que la O.M.S. "no pudo imponer" el criterio expuesto en su carta de 18 de octubre de 1984 y tuvo que someterse a las presiones del PNST y expertos implicados. No cabe la menor duda, que su actuación en el Síndrome Tóxico desde el principio, y sobre todo en el Working Group de marzo 83, comprometió de tal grado su prestigio que nopuede eludir el chantaje de que ahora es objeto. Su proposito de encauzar objetivamente la investigación quedó puramente testimonial.

Los acuerdos adoptados en esta reunión vuelve a dejar todo en

manos de quienes construyeron el gran engaño.

La intervención del epidemiólogo independiente, Sir Richard Doll, no tiene otro fin que el de proporcionar una aparente objetividad a la revisión. Un informe de dicha reunión recoge así el acuerdo: "Todos los informes estadísticos epidemiológicos deberán ponerse a disposición de Sir Richard Doll y se le pedirá que de su opinión como revisor independiente".

Puede apreciarse que sus conclusiones no tienen carácter decisorio, son simples opiniones que deberánn someterse a otra comisión:

"Sus conclusiones y datos serán sometidos a un grupo de expertos en epidemiologia para que de su opinion independientemente ...".

Si este grupo de expertos estuviera compuesto por independientes, se añadiría, quizá, una mayor garantía de objetividad, pero sorprendentemente se propone entre en su composición además del Dr. Doll, los doctores Heath, Terraccini, y Rigau, precisamente los autores y defensores del trabajo que se pretende evaluar de forma independiente.

Y por último, sobre las conclusiones del grupo de expertos se pronunciará el Steering Committee (anexo 4).

PRESIONES.

Como prueba de las evidentes presiones a que está sometida la O.M.S., puede citarse las cartas dirigidas por este organismo al PNST, con ocasión de la preparación del Steering Committee que debía celebrarse en julio de 1985. Es significativo, de la carta de fecha 12 de junio de 1985, el párrafo siguiente:

"...debe ser recordado que la comisión está para tratar solo aspectos científicos del Síndrome tóxico. La primera reunión. del Steering Committee solo tuvo parcialmente éxito debido a las considerables presiones de fuera de la Comisión, y es absolutamente necesario que esta vez tales presiones sean evitadas". (anexo 5).

La carta de 21 de febrero de 1985 del Director General de la O.M.S., dirigida al Secretario General Técnico del Ministerio de

Salud, pidiendo disculpas al Gobierno Español por las manifestaciónes del Dr. Vettorazzi aparecidas en Cambio 16, es una muestra más de las presiones ejercidas sobre dicho organismo internaciónal (anexo 6).

INFORME DE LAS REUNIONES DEL STEERING COMMITTEE CELEBRADA EN COPENHAGUE DEL 1 AL 3 DE JULIO DE 1985.

La firme decisión de la O.M.S. de salvar su responsabilidad en pugna con las presiones de los grupos interesados en mantener la hipótesis oficial, dio como resultado un informe, cuyas contradicciones no pudieron ser disimuladas con la tortuosa redacción habitual.

De una parte se expone ámpliamente el trabajo de reevaluación de la investigación epidemiológica que está realizando el Dr. Doll, y de otra, sin haber concluido aquel trabajo, se concluye que ha sido confirmada epidemiológicamente la fuerte asociación entre el consumo de aceite y la enfermedad.

Esta manifiesta contradicción es el fruto del choque de los intereses opuestos de la O.M.S. y el de los responsables de la creación y apoyo de la hipotesis oficial. La O.M.S., con miras a que no quède empañado su prestigio, quiere dejar constancia, aunque sea puramente formal su postura, de su imparcial preceder. A tal fin, proclama que los cimientos de la hipotesis oficial están sometidos a revisión por un observador independiente. Por otra parte, las presiones del CDC de Atlanta, ejecutor material de la parte básica de la hipotesis oficial, de la Administración española y los intereses que a esta ultima empujaron a crear y mantener dicha hipotesis, obligan a una paradójica confirmación.

EXAMEN DE LA HIPOTESIS ALTERNATIVA

La O.M.S , con posterioridad a la reunión del Steerinq Committee de julio 1985, ha facilitado el contacto del Dr. R. Doll con los exvocales de la Comisión de Investigación Epidemiológica del PNST, Dr. Francisco Javier Martinez Ruiz y Dra. Maria Jesus Clavera Ortiz, autores de los estudios de la curva de la incidencia de la enfermedad, circuitos de comercialización de aceites y etiología del síndrome tóxico.

El estudio a fondo de los trabajos de estos expertos, el desarrollo de su investigación y la hipotesis alternativa que propugnan exigen el acceso a datos que obran en el PNST y otros organismos. La O.M.S. conoce perfectamente que no solo no encontrarán colaboración alguna, sino que, procurarán obstaculizar su trabajo. La evaluación de estos estudios con estas limitaciones, inclina a pensar que se trata de un puro trámite, llevado a cabo con cierta publicidad, para justificar la definitiva descalificación oficial de la hipótesis alternativa. La única diferencia que existirá con la evaluación de los trabajos del Dr. Muro por el Working Group de marzo 83, será la aparente independencia dei tribunal examinador.

PLAN NACIONAL PARA EL SINDROME TÓXICO

El PNST es el fruto del paulatino perfeccionamiento de los sucesivos entes u órganos creados, partiendo de las primitivas comisiones científicas constituidas, con el fin de desviar y diluir la responsabilidad de las autoridades sanitarias. Con el paso al Ministerio de la Presidencia de Gobierno y la designación para su dirección de funcionarios sin formación científica, se alcanzaba el máximo de libertad para la adopción de decisiones y medidas con la mayor irresponsabilidad.

Ha sido el perfecto instrumento de la Administración para controlar el enfoque de la investigación.

La aprobación de los proyectos de investigación dependió del PNST. El aspecto económico fué señuelo suficiente para que muchos investigadores aceptaran las bases de partida (asociación aceite-enfermedad) aun cuando sobre ellas hubieran serias dudas (CSIC) y en último extremo la denegación del proyecto constituyeó el muro que aseguró el cauce oficial de la investigación.

El PNST y sus predecesores, carecieron de los más elementales

datos y medios para desarrollar investigación alguna. En 1982, el Dr. Evangelista dimitió afirmando que no existia investigación epidemiológica. En 1984, la Comisión de Investigación Epidemiológica se dedicó a averiguar quienes fueron los autores de los estudios epidemiológicos para obtener información sobre el paradero de la documentación de tales trabajos. La CIE se disolvió sin conseguir la documentación principal. No obstante esta carencia de antecedentes, el PNST no tuvo inconveniente en emitir infermes sobre aspectos fundamentales.

INFORME DE 22 DE SEPTIEMBRE DE 1982.

El 23 de febrero de 1983 el PNST envió al Juzgado un informe que se decia emitido el 22 de septiembre de 1982 y ratificado el 18 de febrero de 1983, que afirmaba categóricamente "la relación aceite-enfermedad probada por las evidencias epidemiológicas". En esa fecha, el PNST carecia no solo de estudios sino de los más elementales datos epidemiológicos, e incluso, desconocia dónde se encontraba depositada la documentación que los contenía. Esta situación se reconoce en el informe de la CIE, titulado "Actividades llevadas a cabo por la Comisión de Investigación Epidemiológica agosto 83 a abril 84".

NEGACION DE HIPOTESIS ALTERNATIVAS. INFORME DE LA DRA. SUSANA SANS. DIRECTORA DE LA CIE, SOBRE LA HIPOTESIS DEL DR. MURO.

La Dra. Sans, el 7 de octubre de 1983 aceptó efectuar la peritación sobre la viabilidad de la hipótesis del Dr. Muro. El informe no emitió hasta marzo 85, precisamente cuando el Dr. Muro agonizaba.

La Dra. Sans, elaboró su informe sin haber examinado el trabajo cientifico realizado por el Dr. Muro. En febrero de 1984, la Dra. Sans, mantuvo una entrevista, ante testigos, en el propio domicilio del Dr. Muro, negándose a estudiar su investigación epidemiologica. El informe es una aportación más a la campaña de des-

prestigio del Dr. Muro. La única novedad que contiene es un ataque a su honestidad, hasta entonces no puesta en duda por nadie. Parte de las mismas bases y contiene las mismas conclusiones que otros informes precedentes:

1.- No examina su investigación. Las deducciones se realizan de las mas o menos extensas denuncias formuladas por el Dr. Muro.

2.- Pretende demostrar que sus tempranos hallazgos confirmados y reconocidos por todos, fueron resultado del azar.

3.- Pretande convencer de que es imposible realizar la investigacien propugnada por el Dr. Muro, dado el tiempo transcurrido desde la aparición del envenenamiento.

Además la Dra. Sans llega más lejos, insinua que las observaciones del Dr. Muro son supuestas. La Dra. Sans no dudará en manipular las declaraciones del Dr. Muro contenidas en el sumario, omitiendo partes fundamentales o palabras clave, Para variar su sentido y adaptarlas al fin deseado por el perito.

Descalifica la investigación del Sr. Muro afirmando que no siguio sn metodo cientifico. La Dra. Sans, como ya lo hiciera el subgrupo de epidemiólogos del Working Group de marzo de 1983, no admite que el Dr. Muro niegue validez, para el síndrome tóxico, al metodo seguido por la investigación oficial. El Dr. Muro demostro la ineficacia o inadecuación de los estudios de caso-control para la correcta investigación de situaciones que reunieran las circunstancias del Síndrome Tóxico. Los estudios de caso-control, como cualquier otro método epidemiológico no experimental (análisis transversales, analisis de cohorte retrospectiva, etc.), son incapaces de detectar las verdaderas asociaciones cuando la tasa de afectación entre los expuestos es inferior al 20%. En el síndrome tóxico la tasa, o media de afectación entre la población expuesta ha sido del 0,7%. Esto significa que el método es totalmente inservible. Esta circunstancia se conocia desde el principio y con datos fehacientes desde la operación de Canje del aceite. En octubre de 1981, Rigau, Heathn Kilbourne y Zack, realizan la segunda fase de los estudios caso-control ante la alarma que este hecho ha producido en los colegas españoles ¿Cómo puede Susana Sans en

marzo de 1985, considerar los casos-control el metodo cientifico idóneo para la investigación del Síndrome Tóxico?

Pero resulta aun más escandaloso pretender tildar de no cientifico su metodo, por no utilizar los estudios de caso-control, cuando la perito conoce que la investigación oficial, recurrió a manipular datos de base, ocultar resultados, hacer afirmaciones falsas, e incluso, considerar como estudios de caso-control a simples encuestas ¿puede considerarse algo con menos rigor cientifico que el metodo que acoge cuantas falsedades sean precisas para obtener las conclusiones queridas?

La Dra. Sans dedica una parte de su informe a refutar la afirmación del Dr. Muro de que un producto organofosforado, comercializado con el nombre de Nemacur, fue el responsable de la intoxicación. En su intento de negar todo caracter cientifico al trabajo del Dr. Muro, presentará tambien esta conclusion como el resultado del azar. Oculta la parte de las declaraciónes del Dr. Muro que exponen el razonamiento que condujo al investigador a dar con el Nemacur, para invertir el orden de las deducciones. Así, afirma la Dra. Sans, que la fórmula del Nemacur, hallado casualmente", le lleva a relaciónar con una manifestación clinica de la enfermedad, cuando en realidad es a partir de los sintomas de la enfermedad de donde dedujo el Dr. Muro, los compuestos que debian estar presentes en el producto fitosanitario causante de la intoxicación. Emplea los falaces argumentos ya utilizados en anteriores informes oficiales (O.M.S.), que excluye a los organofosforados como responsables de la intoxicación:

1.- Análisis negativos en suero y orina. La perito conoce perfectamente que ninguna determinación se hizo con muestras obtenidas dentro del breve plazo en el que puede ser posible la detección de compuestos organofosforados en estos medios.

2.- Niveles normales de colinesterasa. Tambien conoce perfectamente que no es cierto. Ante la dificultad de ocultar este extremo, elude hacer una afirmación categorica, y por ello intercala la expresion, "al parecer".

La determinación de los valores de inhibicion de la colinesterasa, es uno de los medios más seguros para comprobar si el origen de la intoxicación esta en un compuesto organofosforado. De ahi la obsesiva insistencia de los informes oficiales en afirmar que dichos niveles eran normales. Las unicas comprobaciónes realizadas correctamente dieron resultados positivos y fueron ocultadas. La necesidad de justificar la realización de estas pruebas con resultados negativos para impedir el reconocimiento de la hipótesis alternativa del Dr. Muro, llevará a los responsables de la investigación oficial a cometer una nueva falsedad: afirmar que se efectuaron sistemáticamente determinaciónes de los niveles de colinesterasa, presentando como tales, una decena de pruebas destinadas a verificar la función hepática, sin ningun valor para los estudios de intoxicacien por orqanofosforados (anexo 7).

3.- Los productos organofosforados no son capaces de producir la lesion más caracteristica del síndrome tóxico: la vasculitis.

Los principios activos utilizados en los pesticidas se perfecciónan constantemente, sus formulas cambian para alcanzar mayor eficacia y rendimiento. Es lógico pensar que sus efectos tienen que diferir mucho de aquellos producidos por productos de hace 20/30 años. ¿Por que se toman como patron de comparación lesiones de intoxicaciónes producidas hace más de 20 años (jengibre de Estados Unidos y triortocresilfosfato de Marruecos)?

Las autorizaciones de empleo de los pesticidas, concedidas por las autoridades de los diversos paises, estan basadas en los estudios aportados por los propios fabricantes del producto. Sólo existe una experiencia en animales y muy limitada. Por esa razón la WHO/FAO da una calificacion provisional y somete a un seguimiento de varios años a los pesticidas, terminando por prohibirlos en muchos casos. El retraso de la literatura cientifica respecto a estos productos es lógico. Los accidentes en el empleo de los pesticidas, una vez se encuentran en el mercado, o la ingestion deliberada (suicidios) proporcionan la primera experiencia en humanos, pero limitada a los efectos de la introducción directa del producto en el organismo. Conocer los efectos de los residuos o metabolitos ee esos productos presentes, normal o accidentalmen-

te, en la alimentación, precisará de mucho más tiempo. Precisamente aquí se encuentra la clave del problema que se intenta encubrir. No es la intoxicación derivada de la ingestión directa de un producto fitosanitario. El D. Muro siempre ha afirmado que el tóxico se ha producido en la fitometabolización del Nemacur, fundamentalmente por plantas solanaceas, posiblemente potenciado con otro producto fitosanitario empleado conjuntamente.

INFORME DE LA DRA. GERTRUDIS DE LA FUENTE.

El informe emitido, a solicitud del juzgado para que el PNST se pronunciase sobre las causas del sindrome toxico, por la Dra. Gertrudis de la Fuente en marzo de 1985, se reseñan los trabaios realizados con aprobación del citado organismo, a pesar de haber sido ya refutados en apoyo de la hipotesis oficial y se hace una afirmacion falsa sobre la comprobación de los niveles de colinesterasa para impedir la investigación sobre organofosforados. Presenta como prueba de la realización de los estudios de inhibición de la colinesterasa quince análisis de pseudo-colinesterasa realizados tardiamente, en la C.S. 1º de Octubre, y cuyo objeto era la verificación de la función hepatica. (Anexo 7 y 8).

ACTUACION DE LA JUSTICIA.

Informado el proceso de acuerdo con la hipotesis oficial, el esfuerzo del Instructor se centrará en impedir el acceso al sumario de toda prueba que perturbe el cauce establecido. La exclusiva responsabilidad de la pericia en el inicio del proceso, termina a partir de las gravísimas denuncias formuladas por el Dr. Muro en sus declaraciónes ante el Fiscal en marzo de 1982.

La tolerancia del Instructor ante la actitud de los responsables del Ministerio de Sanidad hizo posible el retraso indefinido de la pericia que debia dar paso a la investigacion del Dr. Muro. Paralelamente impidió la obtención de vitál documentación solicitada por el Dr. Muro. Si esta conducta del Instructor respecto a la hipótesis del Dr. Muro, puede tener alguna explicación al considerar la innegable influencia del Dr. Tena (Director del Instituto Naciónal de Toxicología en Madrid) y la campaña oficial de descredito del insigne investigador, no tiene justificación alguna en la actitud adoptada frente a la denuncia formulada, ante el Fiscal, por los vocales de la Comisión de Investigación Epidemiológica del PNST, Dres. Javier Martinez y Maria Jesús Clavera. El Instructor, personalmente, intervino para que la Fiscalia devolviese al PNST el informe realizado por los Doctores citados, bajo el pretexto de obtener el refrendo del resto de la Comisión, pese a conocer las presiones se que eran objeto los autores del trabajo. Por instrucciones del propio Fiscal, fue presentado al Juzgado el referido escrito previa protocolización ante Notario.

La documentación fundamental en que se ha basado la ciencia para inculpar al aceite no obra en el sumario. Los órganos depositarios o conocedores del destino de la referida documentación han omitido el cumplimiento de cuantas solicitudes se han practicado para su obtención. El Instructor no ha accedido al apercibimiento a los responsables de dichos organos, pedido por las partes, dando lugar a que el sumario quede concluido sin la obtención de tal documentación. Señalaba, en última instancia, por uno de los organismos la posible localización de los expresados documentos, el instructor no ha admitido la solicitud de dirigir la procedente comunicación, alegando carecer de facultades para ello desde la fecha del Auto de conclusión del sumario.

Asimismo, el Instructor ha denegado sistemáticamente las diligencias solicitadas en orden a obtener la declaración ante el Juzgado de los expertos que han intervenido en la elaboración de los informes y estudios aludidos. Esta resulta extremadamente grave cuando para justificar la petición de las referidas diligencias se han denunciado hechos que podrian ser constitutivos de delito.

Tambien se han denegado diligencias solicitando determinada documentación de gran importancia para finalizar la investigación epidemiológica del Dr. Muro. En este caso se hace aún mas urgente la necesidad de obtener dicha documentación para evitar su des-

trucción al cumplirse los cinco años desde su emisión. No debe olvidarse que al cumplirse el plazo de cinco años mucha documentación relacionada con el sindrome tóxico sera destruida. La celeridad con la que se acuerde la práctica de estas diligencias hoy denegadas sera clave para evitar la desaparición de documentación que puede ser fundamental para el total esclarecimiento del sindrome tóxico. Respecto a este problema tenemos ya un antecedente en los expedientes de importación de Bayer España. La Dirección General de Aduanas ha anunciado que por haber transcurrido cinco años, sólo podrá remitir parte de los expedientes del año 1980.

Mención especial merece la obstaculización a la prueba pericial del Dr. Frontela. El Instructor se ha hecho eco de toda petición que pudiera entorpecer la investisación del Catedratico de Medicina Legal. El retraso en el envio de las vísceras y la inexestencia de la documentación básica epidemiológica han hecho imposible la practica de la prueba.

ANEXO 2:

Recapitulaciones sobre la comercialización y distribución del aceite sospechoso como etiologia del síndrome tóxico en el primer semestre de 1981. Por Maria Jesús Clavera Ortiz Madrid, 9 de mayo de 1984.





0L5752309

CLASE 8ª





[illegible]CACION DEL ESTUDIO DE CIRCUITOS DE COMERCIALIZACION

El estudio de los circuitos de comercializacion del aceite "sospechoso", es indispensable para detectar el punto antecedente en común en la distribución del citado aceite.

A partir de dicha estación deberá justificarse la distribución espacio-temporal de la epidemia del Sindrome Tóxico

La no existencia de dicho punto antecesor común es suficiente como para rechazar la hipótesis del aceite como vehiculo de la causa del Sindrome Tóxico.

La reconstrucción retrógrada de los circuitos de provisión-proceso-comercialización de los aceites debe realizarse sistemáticamente a partir de los relatos sobre aceites consumidos de las familias con afectados (sin olvidarse ninguna de las marcas o tipos de aceites relatados).

Debe estudiarse los distintos tipos de aceites consumidos, investigar rigurosamente la comercialización de cada componente (sobre todo los comunes): proveedores sucesivos, cantidades suministradas, fechas de venta, mezclas y manipulaciones diversas, y así... hasta poder explicar logisticamente la epidemia, desde el presunto causante hasta los afectados. No es lógico suponer que exista más de un presunto origen, ni menos de uno que pueda justificar la explosiva curva epidemica que supuso el Sindrome Tóxico. (Ver características de la curva epidémica, Anexo II)

Esta investigación puede detenerse más o menos precozmente si se comienza a observar que el conjunto de las fuentes de distribución no está estadisticamente asociada espacial y temporalmente con los puntos y momentos de aparición de la intoxicación (frecuencias significativamente altas de expuestos inafectados o de afectados inexpuestos al aceite sospechoso).

Este estudio logistico, en el que cualquier fuente contras[illegible] de información es válida, puede ser la vía fundamen[illegible] confirmación o refutación de un vehiculo aún en el [illegible] de que los análisi toxicologicos de las muestras [illegible]ieran ser realizados (por muestreo erróneo, tecnología sofisticada o costosa o autodegradación-volatilización del tóxico).

Lógicamente, por tanto, cualquier estudio biológico o toxicológico debería estar subordinado a la confirmación logística de las antecedencias del vehiculo, (en este caso: aceite sospechoso).

CIRCUITO CATALAN DE COMERCIALIZACION DE ACEITE FRAUDULENTO

Atención [illegible] merece el circuito catalán de comercialización de aceite fraudulento por sus características tan paradojicas con respecto a la epidemia de Síndrome Tóxico, características que de por si solo ya refutan la hipótesis del aceite fraudulento como vehiculo del tóxico que causó el citado Síndrome Tóxico.

Durante el año 1981, se distribuyó en Cataluña aceite fraudulento de composición semejante al distribuido en la región central, por ello tambien fue declarado como aceite tóxico en aquel entonces.

Este aceite estaba pues compuesto de: aceite de colza, grasas animales, semillas y anilina/anilide en cantidades variables.

La cantidad de aceite comercializado fué superior a 350.000 kg. La venta se realizó a granel y también envasado con marcas como: "EL OLIVO", "FRAMAR" "EL GERMINADOR", "REGALIN", "OLEOLI", etc todas ellas incluidas en las listas oficiales de marcas de aceites toxicas que se publicaron en el verano de 1981, y todas ellas con analisis realizados coherentes con lo expuesto.

El aceite de semillas en el que estaba incluido el ACD, fué suministrado a todas estas marcas por la empresa ALABART HNOS (actualmente procesado).

Se deduce que, ALABART, ádquirió dicho ACD a SALOMO, aunque no existe evidencia documental de estas ventas.

Motivos que hacen suponer dicha relacion comercial:

1.- Los dos alquilaban la refinadora y los depósitos de ALGEASA (Refinadora Sabater) en REUS.

2.- El aceite suministrado por ALABART contenía anilina/anilidas (Esto lo relaciona con RAPSA y solo puede ser a travé́s de SALOMO)

3.- SALOMO adquiere solo en el año 81, 340 Tm de aceite de ACD a RAPSA Solo justifica la venta de:

67.240 kg a ACEITES VALENCIA
40.348 kg a GIRESA
70.000 kg en el depósito de MONTMELO (VALLES ORIENTAL)
177.588 kg





CLASE 8.ª

0L5752318

[illegible] justificar 150.000 kg (340.000 - 177.588) de ACD que fueron las que dijo haber almacenado en REFINERIA SABATER (compar[illegible] ALABART).

Por [illegible] suponemos que ALABART comercializó en CATALUÑA al menos 160.000 [illegible] aceite de colza desnaturalizado a partir de MARZO 81 que mezclado con otras semilla totalizan 350.000 kg aproximadamente de aceite fraudulento.



Pese a haber sido distribuida toda esa cantidad de aceite y haberse vendido al público durante varios meses de 1981, no se tiene constancia de la existencia de ningún afectado original de la zona CATALANA.

Pero lo mas sorprendente del caso es que una de estas marcas concretamente Aceite "EL OLIVO" comercializado por ACEITES FENA (Florencio Feijóo y Francisca Navarro, San baudilio de Llobregar, BARCELONA), fué tambien distribuido en CASTILLA, sobre todo en Madrid capital y poblaciones limitrofes, pues bien este aceite oriundo de CATALUÑA donde allí no provocó ningún afectado, al ser consumido en MADRID desencadena afectación, ¿Es posible que las partidas destinadas a CASTILLA sean tóxicas y las que se quedan en CATALUÑA sean inocuas? (???) ver anexo I

De nuevo volvemos a ver como CATALUÑA queda amparada misteriosamente de padecer el Síndrome Tóxico al consumir un mismo aceite.

Se adjunta gráfico en el que se observa conjuntamente la comercialización de Aceite de COLZA en ambas zonas (CASTELLANA, Y CATALANA).

ANA[illegible] PUNTO ORIGEN COMUN

A la vista de los datos, el posible suminsitro masivo de aceite de colza a las tres envasadoras problema, podría tener su origen (en teoría) en LIBSA (aceite de colza sin anilina) y no en RAPSA como se ha venido suponiendo y afirmando siempre.

Aunque desconocemos las fechas de suministro de LIBSA a JAP, y no podemos afirmar que este suministro no pueda estar relacionado en el tiempo con el origen de la epidemia, al hecho de que la relacion LIBSA ⟶ AGUADO EL PRADO, así cómo la relacion LIBSA ⟶ RAELCA ocurriesen en pleno ascenso de la curva epidemica (13-5-81 en el caso de AGUADO el PRADO y 3-6-81 en el caso de RAELCA) y ademas fuesen intervenidas judicialmente (por lo que no pudieron distribuirse) es suficiente para ver que en la práctica tampoco LIBSA con su colza (sin anilina) puede ser el origen justificativo de la Epidemia.

El aceite procedente de RAPSA,como hemos comentado,tiene tan numerosas limitaciones e imposibilidades para considerarlo un posible origen de la epidemia que, a pesar de algunos puntos oscuros que sería interesante aclarar, no sería serio considerarlo un punto antecedente común:

JAP solo se justifica a traves de la compra de 400 garrafas envasadas en RAELCA, ¿Pueden estar estas garrafas relacionadas en el tiempo y en el espacio con los afectados que dicen haber comprado JAP? ¿Es coherente que con solo 400 garrafas se haya podido afectar a 167 familias (44% de afectacion), mientras que con las decenas de miles de garrafas de RAELCA, solo se haya afectado unas 107 famílias(*) o como maximo unas cientos? (solo el vendedor JESUS ESPAÑADERO COCA de VALLADOLID, vendió 13.000.000 l. de aceite procedente de RAELCA entre junio 1980 y junio 1981 lo que significa la venta de 200.000 garrafas de 5l. al mes) ¿No parece una desproporcion estadisticamente muy significativa?

AGUADO EL PRADO, tras lo expuesto en la pagina   , es muy dificil que se pueda considerar considerar como envasadora y distribuidora de ACO procedente de RAPSA.

¿Y el resto de marcas relacionadas con familias de afectados, como se las puede relacionar con ACO procedente de RAPSA?





0L 5752320

CLASE 8ª





CONCLUSIONES

Por la información que hemos podido acumular y que hemos expuesto anteriormente ninguno de los distintos tipos de aceites componentes parece ser imputable como vehículo (o co-vehículo) el posible tóxico:

Respecto al eje más fecuentemente involucrado, como sospechoso, del de RAPSA→RAELCA, asociado con importaciones de colza desnaturalizada con (las muy famosas) anilinas, no explica la completa extensión de la epidemia, tal como se ha venido explicando en el informe. Numerosos enfermos consumían un aceite que no contenía, ni podía contener por razones de comercialización, colza con anilina.

El aceite de colza por si mismo (y que tan frecuentemente representado parece estar en el aceite), tampoco puede explicar la extensión de la epidemia. Hemos visto que tenía dos origenes: RAPSA no llega a todos los aceites sospechosos, y tampoco podría explicarse la ausencia de afectados en el área catalana donde se distribuyó aceite de colza con anilina procedente de esta empresa.

El aceite de colza procedente de LIBSA iba a ser comercializado por AGUADO EL PRADO y RAELCA con suficiente retardo como para no poder explicar el origen de la epidemia y además, fué intervenida judicialmente antes de poderse envasar y por consiguiente vender.

CONSIDERADOS TODOS ESTOS HECHOS...¿Cómo podremos pensar que "la colza" pueda estar en algún origen de la epidemia?.

Identicas consideraciones de insuficiencia explicativa son predicables, como se ha visto respecto a la red de distribución de grasas animales.

En cuanto al "aceite procedente de semillas", (título ya de por si muy ambiguo) no parece disbujar ningun punto común a pesar de ser el más frecuentemente detectado en los aceites relacionados con familias de afectados (lo que no descarta que también abunde en las familias indemnes).
Muy al contrario, sus origenes son multiples y no coincidentes, lo que es coherente con las composiciones asimismo heterogéneas encontradas en los análisis.

Así como los mismos aceites sospechosos de RAPSA parecían perder su toxicidad tan pronto se trasladaban fuera de la región central, nos encontramos también con paradojas inversas:

No sabemos como pueda justificarse el hecho de que un aceite comercializado por una industria catalana (aceites FENA), distribuido abundantemente en Cataluña, sin conocer ningún afectado en dicha zona, tan solo al ser distribuido en Castilla (concretamente en la provincia de MADRID) provoque automáticamente afectados, ¿Es que el lugar geográfico en que se consume un mismo aceite tiene al parecer más poder tóxico que el propio contenido del mismo?.
Solo puede haber una explicación para estos "misteriosos hechos" como muy bien he dejado entrever "la afectación del síndrome Tóxico, no tiene en realidad nada que ver con ningun contenido de ningún aceite, sino con algo muy coherentemente relacionable con el lugar geográfico donde se extendió la epidemia, algo que exclusiva y necesariamente fue consumido en esta área, sólo dentro de las familias afectadas y solo por los miembros afectados."

Puede indudablemente continuar realizandose una completación y depuración de la información de estos circuitos, profundizando en todos los tipos de aceites relacionados con afectados y en el porcentaje de consumo de los mismos, a fin de completar y depurar las investigaciones que objetan la hipótesis del aceite como vehículo.

En la medida en que dicha completación y depuración no pueda hacerse, la existencia ya de imposibilidades y contradicciones lógicas importantes en el modelo de circulación de aceites (aún con la completud y fiabilidad actualmente conocidas), debe ser suficiente (mientras no se demuestre lo contrario) para negar la presunta involucración como vehículo etiológico del Síndrome Tóxico de alguna (cualquiera que fuere) partida singular de aceite sospechoso (sea cual sea los tipos de aceites y moleculas extrañas que se detecten o imputen en su composición).

Puede concluirse que, el estado actual del conocimiento sobre los circuitos de distribución de "aceite" sospechoso entraña eminentemente un problema de contradicción o imposibilidad lógica de consistencia explicativa, más que un problema de insuficiencia de información.

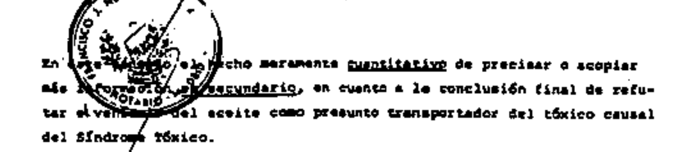




0L5752321

CLASE 8ª





En [illegible] el hecho meramente cuantitativo de precisar o acopiar más [illegible] secundario, en cuanto a la conclusión final de refutar el [illegible] del aceite como presunto transportador del tóxico causal del Síndrome Tóxico.



5.3.- CURV[illegible] DEL SINDROME TOXICO

A fin de obtener esbozos preliminares onentativos sobre la evolución cronológica del brote inicial del Síndrome Tóxico, la Comisión de Investigación Epidemiológica ha comenzado a tabular y grafiar promedios móviles sucesivos de la incidencia de nuevos casos en los primeros 4 meses de la epidemia (Mayo a Agosto de 1981).

A falta de una depuración y proceso estadístico más profundos pendientes del plan de informatización para el Plan Nacional para el Síndrome Tóxico procedimos a tabular por provincias y por días el registro de nuevos casos deducidos del censo oficial de afectados del Servicio de Seguimiento del Plan Nacional para el Síndrome Tóxico. Para el total de provincias y para la provincia de Madrid registramos de idéntica forma la incidencia de nuevos casos detectada (mediante aviso telefónico) por la Dirección General de Salud del Ministerio de Sanidad. Como puede observarse en los gráficos estas dos fuentes de datos pueden equipararse en cuanto a la porción de los máximos y mínimos de la onda epidémica, aunque la menor fiabilidad y menor depuración de los casos de comunicación telefónica se refleja por cierto "sobremonto" (A=+30 casos/diarios aproximadamente), y "muescas" de probable origen administrativo. Los casos oficiales del Servicio de Seguimiento han sido ulteriormente varias veces depurados (mediante criterios que desconocemos) reflejando una curva mucho más estabilizada y natural (claramente lognormal).

Se dispone de las gráficas preliminares de la evolución de las frecuencias absolutas diarias y de sus promedios móviles sucesivos de ± 1.5.±2.5, ± 3.5. De este último promedio móvil (que anula por tanto los "ruidos" de ciclo semanal) presentamos los gráficos totales e individualizados de las provincias afectadas.

Presentamos, asimismo, el gráfico general comparativo de todos ellos (Estereograma de frecuencias).

Hay que señalar que en el origen de los datos, con el que han sido confeccionados estos gráficos, existen sesgos cuya magnitud y sentido es preciso / evlauar y tener en cuenta. En particular la fecha en el que un afectado ha sido detectado como "nuevo caso aparecido"

.../...





0L5752332



CLASE 8ª

p2

está pr[illegible] ATRASADA (¡Nunca adelantada!) en el tiempo en un intervalo que [illegible] en un mínimo probable de unos 3 días y un máximo probablemente [illegible] 6 días (En algunas provincias administrativamente "detectadas" más tardiamente (ej. Toledo) este máximo de atraso puede tener dimensiones mayores. El censo de afectados no registra la fecha real de aparición de "primeros síntomas" del Síndrome Tóxico, sinó tan sólo acontecimientos clínico-administrativos necesariamente mas retrasados: "fecha de detección" ambulatoria u hospitalaria (registrada en un 10% de los casos aproximadamente) y "fecha de primera hospitalización" (registrada en practicamente el 100% de los casos, durante el citado primer cuatrimestre). Estas 2 fechas suelen estar en promedios separadas por un intervalo (2-5) días. Nuestro algoritmo ha considerado la "fecha de detección" cuando esta existe (10%) o en su defecto "fecha de primera hospitalización".

Es de preveer, por tanto, que la curva real de incidencia esté traslndada (adelantada) unos 2-6 días hacia la izquierda.

Llama la atención la forma lognormal de las curvas, excepto en Burgos, León, y el TOTAL acumulado de provincias en que aparecen distribuciones multimodales que no hacen más que traducir sumas de brotes de incidencia claramente diferenciados.

Es de destacar, asimismo, la rápida acelaración y deceleración del brote epidémico fuertemente concentrado en Mayo-Junio de 1981. Este hecho refuerza quizás la sugerencia de un origen puntual común y limitado de la genesis de la intoxicación.

Llama la atención, también, el claro ADELANTO del comienzo del comienzo del descenso del brote epidémico en la mayoría de las provincias. En la provincia de mayor frecuencia absoluta de casos (Madrid), el comienzo del descenso se inicia 11 días antes del anuncio por televisión del presunto factor etiológico del aceite, y 18 días antes de la orden ministerial de retirada del aceite y 31 días antes del comienzo efectivo de dicha retirada (primera operación de canje de aceite). Ninguno de estos eventos parece hacer fluctuar el descenso lognormal de la Curva de Incidencia.

En la medida en que estos hallazgos provisionales puedan ser estadísticamente depurados y precisados la aparente dependencia postulada entre la retirada del aceite "sospechoso" y la caida de la curva deberá quizás ser reconsiderada.

Anexo 3:

Querella presentada por el procurador de los Tribunales Albito Martínez Díez al Juzgado de Instrucción de Madrid, el 8 de abril de 1987

MINISTRACION
IE JUSTICIA

- AL JUZGADO DE INSTRUCCION DE MADRID -

DON ALBITO MARTINEZ DIEZ, Procurador de los Tribunales y de DON JORGE CLARET ANDREU, DON JULIO ANTONIO FERRER ZABALA, DON JOSE MARIA SERRET MORENO-GIL, DON JUAN FRANCISCO FRANCO OTEGUI, DON JESUS CASTRILLO ALADRO, DON RAMON VALLEJO MONTES y DON MIGUEL RUIZ LABRAC, representaciones éstas que acredito con escritura de poder general para pleitos y ESPECIAL para formular querella por delito de FALSEDAD e IMPRUDENCIA TEMERARIA, y que acompaño como documento número 1; ante el Juzgado comparezco y como mejor proceda en derecho, D I G O:

Que por medio del presente escrito y en nombre y representación de los citados poderdantes, formulo QUERELLA CRIMINAL por los delitos de "FALSEDAD E IMPRUDENCIA TEMERARIA", por los hechos y contra la persona que seguidamente se precisará.

La citada acción penal se ejercita al amparo de los artículos 100, 101 y 270 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y de acuerdo con las formalidades prescritas en los artículos 277 y demás concordantes de la misma Ley Rituaria. dirigiéndose inicialmente contra DOÑA GERTRUDIS DE LA FUENTE SANCHEZ y DON ANGEL PESTAÑA VARGAS, así como contra quién o quienes puedan resultar partícipes en los hechos que sirven

../..

ADMINISTRACION
DE JUSTICIA

de base a la imputación penal que se formula.

A este respecto establecemos en los siguientes términos la correspondiente

- QUERELLA CRIMINAL -

- I -

C O M P E T E N C I A -

Se interpone la presente querella ante el Juzgado de Instrucción de Madrid que por reparto corresponda al ser esta Ciudad el lugar de comisión de los hechos denunciados.

- II -

NOMBRE, APELLIDOS Y VECINDAD DE LOS QUERELLANTES.-

Los querellantes son:

1.- DON JORGE CLARET ANDREU, mayor de edad, casado, Abogado, vecino de Barcelona, con domicilio en Diagonal,427 y con D.N.I. núm. 37.252.588.

2.- DON JULIO ANTONIO FERRER ZABALA, mayor de edad,

../..

casado, Abogado, vecino de Madrid, con domicilio en Juan Alvarez Mendizabal, 63, y con D.N.I. núm. 92.642.

3.- DON JOSE MARIA SERRET MORENO-GIL, mayor de edad, casado, Abogado, vecino de Madrid, con domicilio en la calle Ayala,7 y con D.N.I. núm. 843.885.

4.- DON JUAN FRANCISCO FRANCO OTEGUI, mayor de edad, casado, Abogado, vecino de Madrid, con domicilio en Villanueva, 35 y con D.N.I. núm. 15.058.375.

5.- DON JESUS CASTRILLO ALADRO, mayor de edad, casado, Abogado, vecino de Madrid, con domicilio en la calle Sagasta, 15 y con D.N.I. núm. 1.055.582.

6.- DON RAMON VALLEJO MONTES, mayor de edad, casado, Abogado, vecino de Barcelona, con domicilio en Muntaner,421 y con D.N.I. núm. 37.631.005.

7.- DON MIGUEL RUIZ LABRAC, mayor de edad, soltero, Abogado, vecino de Madrid, con domicilio en Berruguete, 51 y con D.N.I. núm. 2.525.876.

- III -

<u>NOMBRE, APELLIDOS Y VECINDAD DE LOS QUERELLADOS</u>.-

../..

Los querellados son:

1.- DOÑA GERTRUDIS DE LA FUENTE SANCHEZ, mayor de edad, vecina de Madrid, con domicilio en la calle Niëremberg, núm. 3.

2.- DON ANGEL PESTAÑA VARGAS, mayor de edad, Doctor en Medicina, vecino de Madrid y con domicilio en Valle del Jarama núm. 3.

- IV -

- <u>RELACION CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS</u> -

<u>PRIMERO</u>.- 1.1).- En la primavera del año 1.981, apareció en la Provincia de Madrid, extendiéndose después a las Provincias de Segovia, Avila, Salamanca, Valladolid y León, entre otras, una extraña enfermedad que inicialmente fué calificada de "neumonía atípica" y seguidamente "síndrome tóxico".

1.2).- Al expresar, en los primeros días de la investigación, el Dr. Muro, que la enfermedad aparecía asociada a una intoxicación alimentaria, y hacer gala de la extraña virtud de poder predecir los lugares, en donde aparecerían los focos de la enfermedad, llegando incluso a poder de-

../..

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

terminar las calles de las poblaciones donde la misma aparecería, lo que ponía de manifiesto el acierto de sus investigaciones, fue fulminantemente cesado de Director en funciones del Hospital del Rey.

1.3).- Tan fulminante cese tenía explicación porque, evidentemente las afirmaciones del Dr. Muro, impedía mantener la interesada afirmación, de que la vía de penetración de la enfermedad era las vías respiratorias.

1.4).- Desmantelado el invento, hubo de construirse una "explicación" sustitutoria de la enfermedad, canalizando la vía de penetración sobre los aciertos del Dr. Muro, esto es, el tracto digestivo.

1.5).- El descontrol del mercado aceitero de España, como otros sectores alimentarios, facilitó la coartada perfecta y al aceite se culpó de ser el origen de la enfermedad. La vacilación inicial en elegir como chivo expiatorio a la soja fue disipada por la definitiva elección al aceite de colza, al descubrirse que había sido objeto de importación ilegal en grandes cantidades en España.

1.6).- Toda la investigación "oficial", desarrollada posteriormente para determinar el origen de la enfermedad, ha sido dirigida sobre el aceite de colza desnaturalizado



ADMINISTRACION DE JUSTICIA

con anilina, imputación ésta, que se ha mantenido, a pesar de haberse puesto de manifiesto en la investigación desarrollada en el Sumario 129/81 del Juzgado Central de Instrucción núm. 3, dependiente de la Audiencia Nacional, hoy en fase de plenario, que las máximas concentraciones o cantidades de anilinas o anilidas detectadas, carecen de significación toxicológica alguna, (dosis sola facit-venenum).

1.7).- Hasta la fase actual de plenario, no ha sido posible desarrollar investigación alguna sobre hipótesis alternativas en la determinación del tóxico causante de la enfermedad, al negarse sistemáticamente la Administración a colaborar en forma eficiente respecto otras vías distintas al aceite.

1.8).- Muchas son pues, las responsabilidades asumidas por los miembros de la Administración, encargados de la investigación oficial sobre el "Síndrome Tóxico", responsabilidad de la que habrán de responder, ya por negligencia, ya por la comisión dolosa de variados delitos, cuyas responsabilidades serán exigidas en su día, en base a las acciones penales cuyo ejercicio se reservan por el momento mis representados.

SEGUNDO.- 2.1).- Sobre el anterior esquema introductorio procedemos a concretar la conducta de la querellada Doña

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

0U89367?

Gertrudis de la Fuente.

2.2).- Para desarrollar la investigación sobre el origen del Síndrome, fueron designadas inicialmente varias Comisiones y para su coordinación con otras Instituciones, (Instituto Nacional de Toxicología) y especialmente con los grupos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y con la Comisión de Coordinación de la Investigación Científica del Ministerio de Sanidad, se nombró a la querellada, Doña Gertrudis de la Fuente, Vicepresidenta de la Subcomisión de Investigación Básica de la Comisión Unificada de Investigación, quedando por tanto encargada de la función de coordinación de la investigación, auxiliada, al carecer de título de Doctora en Medicina, de Don Angel Pestaña Vargas, en el que concurría esta conveniente condición.

2.3).- En justificación de este extremo acompañamos como documento núm. 2 fotocopia de la nota informativa del Plan Nacional del Síndrome Tóxico, remitido por la Coordinadora General del Plan Nacional, Doña Carmen Salanueva, a distintas Asociaciones de Afectados, en la que se mencionan los méritos que concurrían en Doña Gertrudis de la Fuente para acceder al cargo que hemos citado anteriormente, destacando, entre éllos, por la importancia que tiene los conocimientos que acredita, en los hechos que hemos de imputarla, el de desempeñar el Cargo de Jefe de la Unidad

../..

Papel de Oficio UNE A-4

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

0U89367?

Estructural en el Instituto de Enzimología del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

TERCERO.- 3.1).- Con objeto de poder explicar al Juzgado, la transcendencia de la falsaria afirmación realizada por Doña Gertrudis de la Fuente, en connivencia con D. Angel Pestaña Vargas, en la que se concreta la imputación delictiva que realizamos, es preciso con carácter previo explicar lo siguiente:

3.2).- A).- Cuando se produce un brote de intoxicación extenso y grave como el que presentaban los enfermos del "síndrome tóxico", es obligado, a cualquier diligente investigador, presumir la posibilidad de que la intoxicación sea debida a una intoxicación por la ingesta de productos "organofosforados", dada la amplía utilización que viene haciéndose de éstos productos en la actualidad, la gravedad de las lesiones que producen y la necesidad de su urgente tratamiento con el correspondiente antídoto ("atropinas"), cuya eficacia plena, sólo se produce, si es administrado dentro de las primeras 48 ó 72 horas.

3.3).- B).- Dado que los metabolitos que produce el organofosforado se eliminan rápidamente en los sueros, la busqueda en éllos puede resultar infructuosa, por lo que,

../..

Papel de Oficio UNE A-4

al ser aquel tóxico un inhibidor de la encima denominada colinesterasa, debe de buscarse la concurrencia o intervención de aquel tóxico mediante la determinación de los niveles encnimáticos de la colinesterasa en plasma y glóbulos (eritrocitos).

3.4).- En eritrocitos o glóbulos es posible detectar la inhibición de la colinesterasa en periodo tardío o más distante de la intoxicación.

3.5).- Por otra parte los organofosforados es el inhibidor de más alta probabilidad de intervención de la colinesterasa sobre todo cuando aparece asociada la inhibición a un brote epidémico.

3.6).- Acompañamos en justificación de este extremo, informe elaborado por la doctora Doña Julia Higa de Lamboni, documento núm. 3, publicado en la Revista Pediatrica del Hospital del Niño Jesús, en el puede leerse el siguiente párrafo:

> "Puede determinarse la colinesterasa disminuída en plasma y glóbulos, técnica no- siempre factible para todos, y solicitarse al laboratorio especializado la búsqueda de ésteres fosforados en orina. -/-

../..

> Mientras el producto desaparece de la -/- orina 3 ó 4 días después de su ingreso, - la colinesterasa sigue durante varias semanas, lo que explica la prolongación de- muchos casos y el fracaso en la búsqueda- del veneno en la orina después del periodo comentado, frente al éxito de la in- - vestigación de la colinesterasa en el -/- mismo momento tardío".

3.7.- C).- Concorde con la importancia de determinar el descenso de los niveles enzimáticos de la colinesterasa en un 30%, por cuanto pondría de manifiesto al investigador que se encontraba ante un caso de intoxicación grave, producida en el mayor índice de probabilidad, por organofosforados, tenemos conocimiento de que el Doctor Enrique de la Morena, de la Fundación Jiménez Díaz, procedió a hacer esta determinación en algunos afectados del síndrome, encontrando que, efectivamente, los niveles de esta enzima, habían descendido en más de un 30% de sus valores normales, por lo que sospechó, y puso en conocimiento del Ministerio de Sanidad, la posibilidad de que el síndrome se hubiese producido por una intoxicación de organofosforados.

3.8).- A pesar de que en numerosas ocasiones se ha interesado en el Sumario 129/81 este informe del Dr. Enrique

../..

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

de la Morena, no ha sido posible obtenerlo y la petición de reproducción efectuada al citado Doctor, hasta el momento, no ha dado resultado positivo alguno.

3.9).- D).- Salvo el anterior caso, desconocemos que se haya realizado esta determinación, en otro centro de investigación, lo cual nos parece sumamente extraño, dado que es habitual y normal efectuar estas determinaciones ante la importancia del brote de la enfermedad producido, sospechando, por nuestra parte, que se han ocultado las determinaciones del nivel encimático de la colinesterasa efectivamente realizados, para impedir que la investigación se desarrollase sobre el curso de un producto organofosforado como causante del llamado "síndrome tóxico".

CUARTO.- 4.1).- Ante los anteriores extremos, resulta súmamente relevante la conducta de los querellados. Como hemos puesto de manifiesto, Doña Gertrudis de la Fuente había de coordinar la investigación desarrollada bajo el asesoramiento de D. Angel Pestaña y a petición del Juzgado Instructor, procedió a remitir al mismo, el informe que obra unido al Sumario 129/81, en la pieza I-3-I a los olios 2.061 al 2.075, informe en cuyo apartado letra d) obrante al folio 2.070, pág. 9 del informe, literlamente se afirma:

"d) De los experimentos realizados en el

../..

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

ámbito clínico, que pudieran arrojar alguna luz sobre aspectos toxicológicos, cabe destacar que, tan pronto aparecieron las primeras manifestaciones neurológicas en la C.S. Primero de Octubre, se valoró colinesterasa en eritrocitos de unos 15 pacientes sin que se encontrase indicio alguno de inhibición, por lo que descartó que tales manifestaciones se debieran a la conocida acción de organofosforados".

4.2).- Como se ve la querellada en el informe transcrito que por fotocopia acompañamos como documento núm. 4, veremos que con falsedad, que en la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre, se valoró colinesterasa en eritroctios de unos 15 pacientes, sin que se encontrase indicio alguno de inhibición, afirmación que utiliza para falsear al Juzgado el posible orígen del "síndrome tóxico", por la acción de organofosforado y justificar la inaceptable decisión de no investigar en esta línea, salvando así la responsabilidad personal asumida en la investigación oficial.

4.3).- Especial malicia tiene la frase de que las valoraciones en la colinesterasa se habían realizado en eritrocitos, medio en el que es posible su determinación en

../..

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

un periodo de tiempo más prolongado en los enfermos, posterior al inicio de la intoxicación, afirmación que realiza para descartar, con mayor fuerza, la imputación de la intoxicación por organofosforados; afirmación ésta que coincide en el tiempo, como dice en el informe, con la aparición de las primeras manifestaciones neurológicas, esto es, la neuropatía retardada, característica inequívoca de una intoxicación por determinados organofosforados.

4.4).- La falsedad de la afirmación realizada por la titular de funciones públicas, Doña Gertrudis de la Fuente, en la documentación o informe transcrito, que remite al Juzgado que está investigando el orígen del sindrome y por tanto documento público y oficial, se pone de manifiesto por el documento que acompañamos bajo el núm. 5, en el que la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social Primero de Octubre, en la que situa la realización de las pretendidas determinaciones de los niveles de colinesterasa, contesta tajantemente al Juzgado Instructor " que no se hicieron determinaciones de la colinesterasa eritrocitaria, sino de una seudocolinesterasa plasmática que es una prueba de la función hepática, que nada tiene en común con la otra, salvo la posible confusión con el nombre, confusión ésta que obviamente no es posible en quien dirigia y coordinaba la investigación oficial y se encontraba auxiliada por el Doctor en Medicina, D. Angel Pestaña Vargas, sobre todo, cuando se ha

../..

Papel de Oficio UNE A 4



ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

tenido la habilidad y la malicia, que presupone el conocimiento de la transcendencia de la afirmación, de que las determinaciones de la colinesterasa se habían realizado en eritrocitos y no en plasma o en sueros (seudocolinesterasa). Teniéndose que descartar el error en la querellada, dados sus conocimientos en encimas, al ser, nada menos, que Jefe de la Unidad Estructural en el Instituto de Enzimología del Consejo Superior de Investigaciones Cientficas y ser la colinesterasa precisamente una encima.

4.5).- Para mayor claridad de la falsedad cometida, hemos de destacar el último párrafo del documento acompañado bajo el núm. 5 y firmado por el Jefe de Servicio de Bioquímica de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social Primero de Octubre, Don Alberto Martínez Fernández, fechado en 18 de Noviembre de 1.985, y obrante al folio 44.287 del Sumario en el que, también rotundamente, se afirma que "el Laboratorio de este Centro Médico no había realizado ninguna prueba de colinesterasa, entre otras razones, por no disponer de los medios necesarios para éllo", ausencia de estos medios que obviamente no podían ser ignorados por Doña Gertrudis de la Fuente y D. Angel Pestaña Vargas, dada la importancia de los cargos que desarrollaban.

QUINTO.- 5.1).- Hemos de destacar al Juzgado que con la conducta falsaria que se pone de manifiesto en los apartados

../..

Papel de Oficio UNE A 4

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

anteriores, se pretendía encubrir las responsabilidades asumidas por los querellados y otras personas, con las que actuaban en concierto, para ocultar el orígen del "síndrome tóxico", asumiendo con éllo notoria responsabilidad, en orden a los daños sufridos por los afectados, a los que de esta forma se les negaba el tratamiento que podía habérseles deparado, de haberse hecho público el orígen de la enfermedad, facilitándoles en tiempo oportuno, el antídoto, "atropina" y el tratamiento sintomático adecuado como complemento de aquél.

5.2).- Las responsabilidades de estas otras personas aparecerán del desarrollo de la investigación ulterior a la presente querella y del ejercicio de otras acciones penales, que en el momento oportuno se proponen ejercitar mis representados.

SEXTO.- 6.1).- Queremos poner de manifiesto al Juzgado, la grave responsabilidad asumida por los querellados por la conducta de ocultación de la verdad por éllos conocida, para desviar la investigación sobre el agente al que los análisis realizados realmente imputaban el orígen del síndrome, los organofosforados. El Doctor Frontela, en pericia desarrollada en la Facultad de Sevilla, sobre los niveles de colinesterasa plasmática sobre muestras congeladas y obtenidos en los primeros días de afectación, de los enfermos del

../..

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

"síndrome tóxico", de los que procedían, localizó inhibiciones de colinesterasa que imputaban a un producto organofosforado como causante del "síndrome tóxico".

6.2).- Los querellados con la conducta imputada, desarrollada para mantener la investigación sobre el aceite como orígen del "síndrome tóxico" e impedir la inculpación los organofosforados, han impedido, de hecho y como consecuencia de aquella ocultación de la verdad, el que los afectados del "síndrome tóxico" hayan podido recibir un mas conveniente tratamiento médico que hubiese aliviado sus dolencias, aún cuando no hubiesen podido obtener un total restablecimiento. Sin duda alguna a esta conducta ha de concatenarse la agravación de las lesiones por ellos sufridas y quizás también el fallecimiento de alguno de éllos, poniéndose así de manifiesto, cuanto menos una conducta de grave imprudencia temeraria, que podria alcanzar los niveles del dolo eventual e incluso del dolo, como la instrucción sumarial en su día pondrá de manifiesto.

6.3).- Es de destacar que el Doctor Sánchez Monge, Médico Militar, y por ello conocedor de la intoxicación por organofosforados, producto este que es utilizado como agente agresivo de guerra química, ha venido tratando, con verdadero y espectacular éxito a enfermos del "síndrome tóxico", tratándoles a este fin con los farmácos adecuados a una

../..

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

intoxicación por productos organofosforados.

- V -

- CALIFICACION JURIDICO PENAL -

Entiende esta representación que los presupuestos fácticos que sirven de base a la presente querella son constitutivos, en concurso real, de los delitos de FALSEDAD e IMPRUDENCIA TEMERARIA con resultado de lesiones y muertes, titpificados en el núm. 4 del artículo 302, y arts. 420 y 407 en relación con el 565 del Código Penal. Como seguídamente pasamos a exponer:

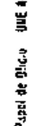
A).- Los hechos relatados en la relación fáctica pone de manifiesto la comisión por los querellados de un delito de "falsedad idiológica" al "faltar a la verdad en la narración de los hechos" contenidos en el documento público remitido al Juzgado Central de Instrucción núm. 3, para ser unido al Sumario núm. 129/81, sustanciado para investigar los graves sucesos que asolaron el país, falsedad cuya gravedad no sólo resulta de la dramática enfermedad cuyo orígen se investiga, sino de la transcendencia de quien la emitía, en la que, la colectividad social, había puesto su confianza para que, con diligencia y lealtad, utilizase el "saber y entender" de su especialización en organizar, coordinar y

Papel de Oficio UNE A-4

../..

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

dirigir la investigación en la busca del orígen del mal y la determinación del antídoto y tratamiento médico aconsejable. Los querellados, en lugar de producirse con veracidad en sus manifestaciones, no sólo ya por el contexto en que se producía su informe, sino además por la importante razon de dirigirse al Juzgado que tenía tan importante responsabilidad, consciente, deliberadamente falsean la verdad por ellos conocida y para bloquear la investigación en el sentido que la razón exigía, (no debe ignorarse que el Doctor Frontela en las experiencias desarrolladas sobre sueros liofilizados o congelados extraidos de enfermos en los primeros días, apreció en el 80 por 100 de éllos el descenso de los niveles de colinesterasa en más de un 30%) afirman lo que les constaba no ser cierto, que la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre, había hecho determinaciones de colinesterasa en 15 enfermos sin apreciar variación en los niveles de colinesterasa, afirmación ésta que utilizan para ocultar la propia y grave responsabilidad asumida en la dirección equivocada de la investigación y para impedir, que la investigación correcta, sobre organofosforados, se produzca, tardiamente pero que se produzca, lo que habría posibilitado aliviar a los enfermos de su padecimiento y quizás salvar alguna vida de éstos.



Evidentemente tiene carácter de documento público el informe falsario; se emite por los Funcionarios que tienen

../..



ADMINISTRACION DE JUSTICIA

encomendada la Jefatura de la Subcomisión de Investigación Básica de la Comisión Unificada de Investigación, dependiente de la Presidencia del Gobierno, y el origen o causa de su emisión ésta en la petición recibida de otro Organismo Público, el Juzgado Central de Instrucción núm. 3.

Igualmente no puede ofrecer duda alguna la condición de funcionario de los querellados.

B).- Igualmente no cabe duda a esta representación, que de haberse expresado con verdad los querellados en el informe remitido al Juzgado, aunque con notoria tardanza, podrían haberse enmendado errores anteriores graves, no ajenos tampoco a la conducta de los querellados en el ejercicio de sus funciones de coordinación de la investigación y de aprobación de los proyectos de investigación a realizar, únicos que contaban con la financiación oficial, condenando al resto a ser eso, sólo proyectos, por ausencia de medios económicos que los posibiliten.

Pues bien, la ocultación de la verdad por los querellados de que no había hecho determinaciones de la colinesterasa la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre, no es sino la consecuencia de la irresponsable determinación producida en sus ánimos desde los primeros momentos para impedir la investigación de organofosforados y así ocultar la

../..

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

verdad del origen del síndrome, conducta a la que ha de conectarse causalmente la agravación de las lesiones producidas en los enfermos al no recibir el antídoto y tratamiento adecuado a la fase y gravedad de la intoxicación sufrida y también, sin duda alguna, el fallecimiento de alguno de los afectados, como la instrucción de la presente causa pondrá de manifiesto.

- VI -

- IMPUTACION DE LOS DELITOS -

La imputación penal se concreta en la persona de los querellados, Doña Gertrudis de la Fuente y D. Angel Pestaña Vargas, debiéndose conceptuar como autores materiales del delito de falsedad, todo ello conforme al núm. 1 y 2 del artículo 14 del Código Penal y ello sin perjuicio de que la instrucción sumarial, pueda determinar, como de hecho determinará, la existencia de otros comportamientos de autoría o cooperación encadenados causalmente con los hechos que a aquellos se les imputa.

- VII -

- RESPONSABILIDAD CIVIL -

La responsabilidad civil del delito se proyecta sobre

../..

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

el daño efectivo causado por el mismo, determinando la pretensión de resarcimiento en los términos establecidos en los artículos 101, 103, 105 y 19 del Código Penal y en los artículos 112 y 113 de la Ley Procesal Penal.

Dada la complejidad de las circunstancias que concurren en la investigación desarrollada sobre el "síndrome tóxico" y las responsabilidades asumidas por los distintos grupos de personas que en ella intervinieron, hemos de aplazar, para momento procesal posterior, la fijación concreta de la cuantía de la indemnización, que por este concepto habrán de satisfacer los querellados y las personas sobre las que en su momento se concrete la imputación penal derivada de la instrucción sumarial. No fijamos en consecuencia la cuantia de la responsabilidad civil ni siquiera de forma provisional, manifestando simplemente que habrá de cubrir los perjuicios efectivos producidos por el delito perseguido, dejando en este extremo la iniciativa al Ministerio Fiscal.

- VIII -

- <u>DILIGENCIAS QUE SE SOLICITAN</u> -

Sin perjuicio de las que más adelante puedan proponerse, con el fin de demostrar la certeza de los hechos

Papel de Oficio UNE A 4

../..



ADMINISTRACION DE JUSTICIA

denunciados y facilitar la instrucción, estimamos inicialmente procedente la práctica de las siguientes diligencias que solicitamos:

1.- Se reciba declaración a los querellados, Doña Gertrudis de la Fuente Sánchez y Don Angel Pestaña Vargas.

2.- Se reciba declaración, previa citación judicial a:

- DON ENRIQUE DE LA MORENA GARCIA, que habrá de ser citado en la calle Capitan Haya núm. 32 de esta - Capital.

- DON ALBERTO MARTINEZ FERNANDEZ, que habra de ser- citado en la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre. de esta Capital.

- DON LUIS SANCHEZ-MONGE MONTERO, que habrá de -- ser citado en la calle Andrés Torrejón, 24 de - esta Capital.

3.- Se dirija atento suplicatorio a la Sección Segunda de lo Penal de la Audiencia Nacional, para que por el Ilmo. Sr. Secretario de dicha Sección y con referencia al Sumario 129/81, sustanciado para la investigación judicial del "síndrome tóxico", se proceda a testimoniar y a remitir al

Papel de Oficio UNE A 4

../..

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

23

0U893671

Juzgado el informe remitido por la Subcomisión de Investigación Básica de la Comisión Unificadora de Investigación del Plan Nacional del Síndrome Tóxico en Marzo de 1.985 y firmado por Doña Gertrudis de la Fuente y obrante en la pieza I-3-I a los folios 2.061 al 2.075 y de la comunicación de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social Primero de Octubre, fechado en 18 de Noviembre de 1.985, firmada por la Jefe de Servicio de Bioquímica, D. Alberto Martínez Fernández, y remitido al Juzgado Central de Instrucción núm. 3, obrante al folio 44.287 del Sumario.

Por lo expuesto,

SUPLICO AL JUZGADO: Que teniendo por presentado este escrito y a mi por parte en la representación que ostento en virtud de la escritura de poder bastante que se adjunta, la cual deberá ser devuelta una vez testimoniada por el Juzgado, por presentados los documentos que se acompañan y por formulada QUERELLA CRIMINAL por delitos de "FALSEDAD E IMPRUDENCIA TEMERARIA", frente a DOÑA GERTRUDIS DE LA FUENTE SANCHEZ y DON ANGEL PESTAÑA VARGAS, así como contra quién o quienes pudiera resultar partícipes, a lo largo de la instrucción de los hechos que sirven de base a la misma, acuerde el procesamiento de los citados querelladaos, su prisión inmediata e incondicional, requiriéndoles para que presten fianza en la cantidad que el Juzgado estime conveniente a

../..

Papel de Oficio UNE A-4

24

0U8936980

fin de asegurar las responsabilidades pecuniarias que en definitiva pudieran derivarse, y, en caso de que no lo hicieren efectivo, se proceda al embargo de sus bienes en cantidad suficiente, disponiendo igualmente la práctica de las diligencias que dejamos interesadas en el cuerpo de la presente querella, y acordando se me dé vista del Sumario e intervención en cuantas diligencias se hubieren de practicar en lo sucesivo.

Todo ello por ser de justicia que pido en Madrid a ocho de Abril de mil novecientos ochenta y siete.-

ANEXO 4:

Resultado del análisis solicitado por el Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada al Instituto Nacional de Toxicología



MINISTERIO DE JUSTICIA
Instituto Nacional de Toxicología
DEPARTAMENTO CENTRAL

FARMACIA
TELEFONO 221...
MADRID

R/10.794

RESULTADO DEL ANALISIS SOLICITADO POR EL DR. D. ANTONIO MURO FERNANDEZ-CAVADA.

El Dr. Muro hace entrega personalmente en este Departamento, para su análisis, de las muestras siguientes:

a) Tres frascos de plástico con un contenido aproximado de 35 cc. 2 de los cuales estan marcados con la letra "L" y el tercero con la letra "T".

Los contenidos de los frascos rotulados con la letra "L" eran líquidos claros, el contenido del frasco marcado con la letra "T" se trata de una suspensión lechosa en la que los componentes sólidos se encuentran depositados en gran parte en el fondo del envase, quedando un líquido incoloro en la parte superior.

Estos frascos fueron reseñado en nuestro Departamento con los números 1 y 2 los correspondientes a la letra "L" y con el nº 3 el correspondiente a la letra "T".

b) Muestras de hortalizas, consistentes en 2 tomates, 2 pimientos y algunas plantas de tomate, todas ellas en perfecto estado de conservación.

Análisis Químico.-

Se realiza un estudio químico toxicológico por separado en los líquidos contenidos en los frascos "L" y "T" (1, 2, y 3 de nuestra reseña), estudiándose fundamentalmente insecticidas y herbicidas, siguiendo las indicaciones aportadas por el Dr. Muro.

En los frascos 1 y 2 -correspondientes a la letra "L"- el resultado químico toxicológico de insectidas y herbicidas fué negativo.

El resultado químico toxicológico del contenido del frasco nº 3 (letra "T") resultó positivo para el grupo de insecticidas organofosforados.

Para estos análisis se siguieron técnicas cromatográficas (gases y capa fina) y reacciones químicas de identificación por coloración.

sigue. . /



MINISTERIO DE JUSTICIA
Instituto Nacional de Toxicología
DEPARTAMENTO CENTRAL

FARMACIA
TELEFONO 221...
MADRID

Hoja II.- Informe R/10.794. . /

Experimentación animal.-

Como la cantidad de muestras era escasa, la experimentación animal se limita a un grupo muy reducido de animales de laboratorio, utilizando cobayas y una rata.

La experimentación consistió en lo siguiente:

1º) Se suministró a un cobaya y a una rata por vía oral mediante sonda gástrica a cada uno de los animales, 2 cc. del contenido de de los envases 1 y 2 (Letra "L") hasta terminar completamente ambas soluciones.

Durante la experiencia no se observó anormalidad alguna en los animales experimentados así como en el comportamiento de los mismos. Al cabo de 25 días estos animales fueron sacrificados.

2º) Durante 5 días se suministró a un cobaya, por el mismo procedimiento descrito anteriormente, líquido contenido en el frasco nº 3 (Letra "T") muriendo el animal al sexto día.

3º) De la muestra de pimiento remitidas se dió a comer exclusivamente un pimiento a un cobaya, muriendo éste el 2º día.

4º) Asimismo se dió de comer exclusivamente a un cobaya tomate del remitido, no observándose reacción alguna. Este animal se sacrificó a los 20 días.

Estudio Anatomopatológico.-

En los casos 1º y 4º de la experimentación animal no se obtuvo resultado positivo alguno, bajo el punto de vista anatomopatológico.

En los casos 2º y 3º los resultados son similares bajo el punto de vista anatomopatológico, siendo el resultado del estudio el siguiente:

El parenquima pulmonar presenta extensas zonas de inflamación, reflejadas por una intensa hiperemia intersticial de los intersticios alveolares. Muchos de los alveolos se encuentran repletos de un exudado serofibrinoso que engloba hematíes extravasados.

Existen zonas focales dentro de las zonas edematosas anteriormente reseñadas, en donde la infiltración de los alveolos

sigue. . /

MINISTERIO DE JUSTICIA
Instituto Nacional de Toxicología
DEPARTAMENTO CENTRAL

FARMACIA, 9
TELEFONO 221 93 77
MADRID - 4

Hoja III.- Informe R/10.794. . /

es masiva a cargo de elementos leucocitarios, en donde pueden encontrarse incluso eosinofilos. Estos alveolos próximos a los bronquios terminales, muestran agrupaciones de elementos leucocitarios, células epiteliales del revestimiento alveolar desprendidas, con núcleos en diferentes fases necróticas.

Existen periféricamente a estas grandes masas edematosas del parenquima pulmonar amplias zonas alveolares que a pesar de la intensa hiperemia intersticial de los alveolos, éstos se encuentran muy dilatados, constituyendo áreas enfisematosas que son mucho más intensas en la zona del parenquima subpleural.

CONCLUSIONES

1º) Se ha detectado la presencia de un insecticida organofosforado en el líquido contenido el frasco rotulado con "T" (nº 3).

2º) Bronconeumopatía aguda de posible causa tóxica en los animales experimentados con las muestras "T" y pimiento.

Madrid, 21 de septiembre de 1981.

Vº Bº
El Director,

El Profesor,

El Profesor,

DR. D. [illegible]Z-CÁVADA.- MADRID

Madrid, 12 de octubre de 1.981

Sr. Dr. D. Guillermo Tena Nuñez
Director del Instituto Nacional de Toxicología
c/ Farmacia, 9
MADRID

Muy Sr. mio:

He recibido un informe en relación con los trabajos realizados a mi sugerencia en ese Instituto, en el pasado mes de julio.

El informe le he recibido el día 28 de septiembre, aunque está fechado el día 21 del mismo mes. En su comienzo dice que "entregué..." pero no indica la fecha asi como tampoco las fechas de realización de la experiencia y dias de fallecimiento de los animales. En cuanto al informe anatomopatológico, me extraña el que se englobe el informe de dos necropsias porque sean similares y además que no se mencionen más vísceras que el pulmón, pues deberían existir alteraciones en otros órganos y sistemas que no se mencionan y creo no habrán pasado desapercibidos, por lo que le agradeceré, si a bien lo tiene, me remita un informe complementario, en los que conste la fecha de la experiencia y las lesiones macro y microscopicas observadas en los animales necropsiados.

Muy agradecido,

-Antonio Muro-

Recibí
13-X-81
M. Navarro



MINISTERIO DE JUSTICIA
Instituto Nacional de Toxicología
DEPARTAMENTO CENTRAL

FARMACIA
TELEFONO
MADRID

Madrid, 23 de octubre de 1981.-

Dr. D. Antonio Muro
MADRID.-

23-X-81
20737

Querido amigo:

Contesto a tu carta del día 12 con retraso porque pensaba hablar contigo el día 19 cuando te cité y al no venir, no quiero aplazar más mi contestación.

En el informe de 21 de septiembre queda aclarado lo que hemos realizado en el Instituto, aunque evidentemente falta la fecha de recepción de las muestras, porque al considerarlo un asunto privado y en nuestro deseo de ayudarte y no disponer de ningún escrito no se le dió entrada oficial, no sé cuando entraron las muestras, pero quiero recordar que fué del 5 al 10 de julio, tu debes saberlo con exactitud.

Respecto a que sólo se hizo el estudio de pulmón, es proque creímos que era suficiente como ensayo preliminar para los fines que verbalmente me expusiste.

No obstante, tenemos a tu disposición las piezas de anatomía patológica, para que puedan ser teñidas y examinadas por el laboratorio que desees, ya que nosotros al estar sobrecargados de trabajo no podemos de forma particular seguir la investigación, ya que tenemos infinidad de casos pendientes oficiales y judiciales, pero atención a tí, estamos dispuestos a cederte las piezas para que puedas realizar análisis complementarios en otro Centro si lo deseas, conservando una parte nosotros para su posible comprobación.

En cuanto a lo que dices que hemos englobado los casos 2 y 3 es porque los consideramos similares y lógicamente no vemos la necesidad de separarlos.

Espero haber aclarado los extremos que te interesan y ya sabes que en atención a tí, tenemos las muestras a tu disposición.

Recibe un saludo cordial de tu compañero,

Guillermo Tena Núñez
Director

ANEXO 5:

Informe previo del Dr. Ángel Peralta Serrano

(Reproducción del original núm. 886 - p 1/14)

El día 12 de mayo de 1981 escribíamos un artículo en el periódico Ya, titulado «La neumonía atípica». En él decíamos en el párrafo final: «Una posibilidad que podría explicar estos casos sería la de una intoxicación por insecticidas spray, que al inhalarse podrían afectar primero al pulmón y luego al hígado y sangre. Estos cuadros clínicos tan localizados a familias enteras tendrían una mejor explicación que la de una simple infección viral (neumonía atípica). En las intoxicaciones por fósforo orgánico si se recibe por vía de inhalación se podría explicar el cuadro clínico tan limitado a unas cuantas familias. La realidad es que los casos que han fallecido dan más impresión de una intoxicación que de una infección viral. Los estudios bioquímicos y anatomopatológicos serán definitivos para el esclarecimiento de los casos. Los virólogos y bacteriólogos aún no se han definido".

El párrafo anteriormente transcrito de mi publicación fue el primero que hizo mención, en publicaciones escritas, a la posible intoxicación por organofosforados, desde luego, no por casualidad. Existe información toxicológica clínica, en países donde el fenómeno descrito se ha reproducido en cierto modo. El mito de «síndrome nuevoo», «enfermedad misteriosa», o «enfermedad sin causa», no es de recibo.

Veamos unos pocos argumentos, de simple información clínica: de un clínico que se preocupa de conocer la última causa de una enfermedad, en nuestro caso, «síndrome tóxico» resultó y resulta dramática.

El profesor Emilio Astolfi, de la Universidad del Salvador en Buenos Aires (Argentina), en el capítulo que escribe sobre «Intoxicaciones», página 1.087, del tratado de Pediatría práctica, Ed. Intermédica (Buenos Aires, 1969), dice: «Estos potentes venenos (se refiere a los organofosforados) inhibidores enzimáticos, nacieron para la aplicación pacífica como resultado de algunos estudios sobre gases tóxicos realizados durante la última guerra mundial; sus efectos sorprendieron a la clínica toxicológica de muchos países del orbe, con accidentes personales y "colectivos" cuando aún no se dominaban la fisiopatología y el tratamiento adecuado. En el momento actual se ha adelantado muchísimo en ambos aspectos; es entonces necesario alertar sobre el diagnóstico y fisiopatología del cuadro y semiología. En la Argentina la difusión de insecticidas de este tipo, de acción positiva sobre múltiples plagas, ha provocado, por inevitable concomitancia, episodios tóxicos que suelen plantear problemas sanitarios en zonas rurales donde el manejo de esas sustancias se realiza sin discriminación.»

Continúa el profesor Astolfi: «Asistimos muchos envenenamientos en adultos y niños, con resultados aleatorios, aunque con el signo común de cuadros trascendentes y graves. Los japoneses estiman en 6.000 los casos de envenenamiento por parathion en los últimos cinco años; en Singapur, un notable trabajo destaca la "contaminación" con este insecticida de una enorme cantidad de individuos; por el simple hecho de ingerir alimentos provenientes del oeste europeo. Esta "contaminación" no constituye, al parecer, un problema inmediato para los Estados Unidos, según sus oficinas de vigilancia, pero no podría decirse lo mismo de nuestro país.

»El tóxico con el que se tratan los alimentos (tomates, por ejemplo) requiere un cierto tiempo para que el vegetal lo metabolice y destruya —es transcripción del profesor Astolfi—, si ese lapso no ha transcurrido y se recoge el fruto antes del momento oportuno, llegará al consumidor con veneno suficiente para originar un cólico o un episodio pasajero e inexplicable de dispepsia gastrointestinal. Pediatras cuyanos (del país de Cuyo, una región argentina) han coincidido en la frecuencia de estos casos leves, que, sin adquirir la gravedad de una intoxicación aguda, tienen la importancia de su número y de su difícil investigación...»

Se adjunta fotocopia del texto del profesor Astolfi (documento 1).

«E1 mecanismo de acción de todos estos insecticidas procede de manera análoga, inhibición de la colinesterasa; cuando por cualquier método de laboratorio se comprueba que están disminuidos los niveles de la enzima en un 30% de sus valores normales aparecen los síntomas típicos de la enfermedad. La fosforización de la colinesterasa por el insecticida provoca un cuadro de anulación como tal y origina un cuadro colinérgico, parasimpaticomimético. Otras acciones del tóxico ejercidas en forma directa sobre el sistema nervioso y localmente sobre las placas neuromusculares, configuran el cortejo sintomático que puede agruparse en tres grandes síndromes:

a) Síndrome muscarínico: Parasimpaticomimético. Miosis, visión borrosa, dificultad deglución, sialorrea, llanto espontáneo, cólicos, diarrea, tenesmo, disuria, broncoespasmo con aumento de las secreciones bronquiales, tos, contracción torácica, disnea y edema de pulmón.

b) Síndrome neurológico: En sistema nervioso central: ansiedad, ataxia, confusión mental, convulsiones, colapso, coma y depresión central de los centros bulbares, respiratorios y circulatorios especialmente.

c) Síndrome nicotínico: Fasciculación muscular, calambres, mialgias, palidez, hipertensión arterial.»

¿Cómo se diagnostica la intoxicación por organofosforados?

Aunque se desconozca el antecedente del contacto con el veneno, el médico

pediatra y/o generalista deberá sospecharlo ante un *cuadro intestinal no quirúrgico* de suficiente intensidad: vómitos incoercibles, dolores colapsantes, sensación "ansiosa", miosis y bradicardia. Estos dos elementos son fácilmente accesibles, son definitorios para anticipar un diagnóstico de "veneno parasimpático", con lo que se ha ganado el jalón más importante. *Confirmada la sospecha,* suele entonces recabarse en los otros síntomas menos llamativos hasta entonces, como "trastorno respiratorio incipiente, disturbios musculares". Cuando el niño empeora, entra en un aspecto netamente neurológico, en el que las convulsiones y el coma determinan un diagnóstico diferencial. La miosis, la bradicardia y el broncoespasmo siguen siendo orientadores.

»Para la confirmación del accidente puede determinarse la colinesterasa que se halla disminuida en plasma y glóbulos rojos, técnica no siempre factible para todos, debiendo buscarse ésteres fosforados en orina (éstos desaparecen de la orina a los 3-4 días de la intoxicación), sin embargo, la colinesterasa disminuida perdura varios días después de la intoxicación (sólo un 30%)».

Véanse documentos 2, determinación de colinesterasa. Véanse cuadros clínicos del síndrome recogidos, documento 3.

¿Cómo evoluciona la intoxicación por organofosforados?

«Sentada la autonomía del insecticida en su múltiple acción deletérea, que le otorga capacidad suficiente para configurar una enfermedad propia nueva y particular, debe aceptarse, empero, que la molécula fosfórica afectará al hígado y otros órganos (especialmente hígado, donde se cataboliza el veneno).»

¿Cómo se trata la intoxicación por organofosforados?

«1.° Prevención: Conocimiento adecuado de la potencialidad del veneno: manejo del mismo con protección de manos, cuerpo y cara, para evitar la inhalación y el contacto. Mantener aisladas las zonas tratadas con el tóxico y no recoger el mismo (el fruto) hasta pasado un lapso de tiempo prudencial (7 a 10 días como mínimo).

»2.° Profilaxis: Ante el menor síntoma de intoxicación antagonistas y antídotos para administración rápida (atropinizandoal sospechoso). Pyridoxin-2 aldoximetiodides: PMA. Al mismo tiempo vigilancia respiratoria, hepatopatía, etc...

»3.° Terapéutica: Se sintetizan las medidas que se han de adoptar y luego se comentan...»

Discusión:

En Medicina Clínica, para llegar a un diagnóstico, no siempre es preciso identificar analíticamente el agente causal. Se sabe que un conjunto de síntomas dan lugar a un síndrome que normalmente tiene una etiología y, así, en la práctica, se diagnostica síndrome neumónico o neumonía (cuando hay unos determinados síntomas clínicoradiológicos) sin que para poder diagnosticar la neumonía sea preciso aislar el agente causal. Se prescribe tratamiento de inmediato, de acuerdo con la valoración de los síntomas. Generalmente la evolución es favorable y se produce la curación si no hay complicaciones.

En el Síndrome Tóxico había un conjunto de síntomas extremadamente semejantes a la intoxicación por organofosforados. Parece que algún clínico de un hospital militar trató a sus pacientes «con síndrome tóxico» como intoxicados por organofosforados y se produjo la mejoría por curación total, simplemente administrando antídotos para combatir el síndrome parasimpaticomimético que producía la inhibición de la colinesterasa.

Pero si se empieza por pensar que se trata de «una neumonía atípica» y no se sospecha el verdadero cuadro clínico... tampoco se hacen las determinaciones de colinesterasa ni se trata con antídotos específicos atropina y PAM. Una prueba concluyente se obtiene de la lectura del Libro sobre simposium del síndrome tóxico: ahí no se ve una determinación de colinesterasa ni de ésteres fosfóricos en los cuadros detallados que exponen sus autores.

Mis estudios sobre el test múltiple adeno-hipotalámico en niños afectados por síndrome tóxico aporta datos poco significativos desde el punto de vista endocrinológico en niños afectados en la 3ª fase (Se adjunta documento.)

No voy a entrar en si el tóxico estaba en el aceite o en el tomate: pero puedo decir que aceite de colza del mismo que tomaban los habitantes de Móstoles tomamos toda mi familia y no se dio ni un caso.

La teoría de las anilinas y/o anilidas, no deja de ser una teoría curiosa, pero que en nada se corresponde con la realidad clínico-experimental. La negatividad de todos los análisis realizados del llamado «aceite tóxico» no es más que una prueba definitiva de que en el aceite tóxico no había «tóxicos».

El aceite es un alimento de uso cotidiano, e igual podía haberse pensado en el pan, la sal o el agua. Son muchas más las personas que consumían en aquel entonces «aceite de colza» y que no padecieron el síndrome, que las afectadas consumiéndolo.

Las encuestas epidemiológicas no tendrán nunca el valor de una buena serie

de observaciones clínicas, establecida una correlación clínica con síntomas característicos de una intoxicación como es la de organofosforados.

Esta correlación, al ser diagnosticada precozmente, induce al tratamiento precoz y, por lo tanto, se evitan las evoluciones posteriores —tan penosas— de la fase 2ª y 3ª, anteriormente descritas, para el síndrome tóxico, así como los fallecimientos precoces de la fase 1ª aguda.

Conclusiones

1ª En plena era espacial el hombre explora el universo, sin embargo, un cuadro clínico recortadísimo, patognomónico de intoxicación por organofosforados, no se identifica.

2ª En Medicina Clínica los hechos de práctica frecuente están perfectamente catalogados. El argentino Emilio Astolfi lo dice: se tiende casi siempre a catalogar estos cuadros clínicos como una enfermedad nueva, de ahí el gran peligro del diagnóstico tardío.

3ª No hay ningún cuadro clínico que sea superponible al de la intoxicación por organofosforados. Salvo el uso de medicamentos anticolinesterasa.

4ª El diagnóstico precoz y el tratamiento precoz evita muertes y el paso a las etapas 2ª y 3ª, penosísimas.

5ª El hecho de haber transcurrido el período inicial bajo la etiqueta de neumonía atípica, fue una pérdida de tiempo irreparable, era la época clave para evitar muertes y complicaciones.

6ª Del estudio del libro Simposium sobre síndrome tóxico se deduce, primero: que la clínica era superponible a la de intoxicación por organofosforados; segundo, que no se sospecha tal diagnóstico, como puede deducirse de los estudios diagnósticos aportados por los ponentes.

7ªSegún comunicaciones personales, expertos en organofosforados no tienen la menor duda del origen del síndrome tóxico relacionado con alguna molécula de organofosforados.

8ª Sólo la defensa de la verdad y el deseo de ayudar a los afectados me llevó a preocuparme por el problema Epidemiológico Nacional.

Todo lo anteriormente dicho lo hago como médico que padece ante el sufrimiento de sus semejantes, con el mayor respeto por los colegas con los que pueda discrepar y sin el menor deseo de polémica científica.

ANEXO 6:

Conclusiones y consideraciones finales a que llegan los peritos Dres. Martínez Ruiz y Clavera Ortiz, en su informe previo sobre la documentación del Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada, aportada en el Sumario 129/81

A mediados de febrero de 1988, los peritos Dres. Francisco Javier Martínez Ruiz y Mª Jesús Clavera Ortiz, presentaron a la Sala su informe previo sobre la documentación del Dr. Antonio Muro y Fernández-Cavada, aportada en el Sumario 129/81. Dada la imposibilidad de reproducir aquí íntegras las 100 hojas de que consta este informe previo, al que se han adjuntado 2000 hojas de documentación, reproduzco a continuación literalmente, por su evidente interés, las conclusiones y consideraciones finales a que llegan los mencionados peritos.

4. - CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

4.1. - De todo lo anteriormente expuesto, y como resumen de lo concluido en los apartados 3.1.4., 3.2.4 y 3.2.5

ESTOS PERITOS CONCLUYEN

4.1.1. - La documentación del Dr. Muro aportada en el Sumario 129/81 y utilizada en el desarrollo de la actual pericia, cubre cualitativamente y, cuantitativamente de forma suficiente, todos los aspectos de su investigación.

4.1.2. - La información extraida de dicha documentación permite concluir que la hipótesis convergente del tomate tóxico, investigada por el Dr. Muro, -y que puede ser enunciada de la siguiente manera:

> "LA EPIDEMIA DEL SINDROME TOXICO, DE LA PRIMAVERA DE 1981, FUE CAUSADA POR PESTICIDAS O TOXICOS ORGANOFOSFORADOS, Y VEHICULADA POR PARTIDAS DE TOMATES PROVINIENTES DE UNICO ORIGEN, QUE SE DISTRIBUYERON POR VIAS ALTERNATIVAS DE COMERCIALIZACION, ENTRE LOS QUE TENIAN UN PAPEL IMPORTANTE LOS MERCADILLOS Y LA VENTA AMBULANTE"

es, globalmente considerada, coherente en sí misma, ausente de contradicciones y con capacidad explicativa de la epidemia del S.T., ocurrida en España en la primavera de 1981.

4.1.2.1. - Del estudio discriminante del papel del tomate, y ateniéndonos a las consideraciones de causalidad estudiadas en el apartado 3.2.4.4., concluimos que el tóxico causante de dicha epidemia y referida a dicho periodo, fué vehiculado por tomates.

4.1.2.2. - Del estudio de los circuitos de distribución y comercialización de las partidas de tomates con mayor probabilidad de haber vehiculado el S.T., retrocediendo desde el individuo afectado-consumidor hasta el origen, se llega, con la información disponible, a un origen común final: ROQUETAS DE MAR (ALMERIA), y más concretamente a unas alhóndigas de licitación de frutos hortícolas de dicha población: "AGRUPAMAR"; por lo que:

- Dada la gran coherencia y correspondencia entre la curva de venta de tomate en dichas alhóndigas, y la curva de incidencia del Síndrome Tóxico (explicada en el apartado 3.2.4.4.1.)

- Dado el hecho de que dentro de esas alhóndigas los eslabones de comercialización continuan convergiendo, hasta señalar a once agricultores entre concurrentes a dichas alhóndigas, como posibles cultivadores del tomate tóxico (explicado en el apartado 3.2.4.4.2.)

- Y dado el hecho de que la información procesada en la actualidad, señala claramente este origen, sin contradicción alguna que lo invalide y que la información incompleta es totalmente compatible con dicho origen (explicado en el apartado 3.2.4.3.); ESTOS PERITOS CONCLUYEN:

4.1.2.2.1. - "Que las partidas de tomate contaminado con el tóxico que causó el S.T., fueron con muy alta probabilidad cultivadas en campos próximos a ROQUETAS DE MAR (ALMERIA)".

4.1.2.2.2. - "Que cualquier acceso a más información con respecto a los eslabones de comercializacion del tomate presuntamente tóxico, serian decisivos para finalizar está investigación, y en concreto, los registros de compra-venta del resto de alhondigas de AGRUPAMAR permitirían precisar el el campo o campos de cultivo (agricultor(es)), donde tuvo lugar la contaminación". Por ello:

SE RECOMIENDA COMO DE MAXIMO INTERES

_ Completar la investigación llevada a cabo por el Dr. Muro, tal y como el mismo lo indicó, en los siguientes documentos:

- PLAN DE INVESTIGACION SOBRE EL ORIGEN DEL ENVENENAMIENTO MASIVO SUCEDIDO EN DIVERSAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS EN LA PRIMAVERA DE 1981. 30 Abril 1983. Pieza N-III, F. 403 y EM-81. Libro Verde, pag. 148.

- PRIMER BORRADOR DE ANTEPROYECTO DEL PLAN DE INVESTIGACION SOBRE EL ENVENENAMIENTO MASIVO SUCEDIDO EN NUESTRO PAIS EN LA PRIMAVERA DE 1981. EM-81. Mayo 1983. Libro Verde, pag. 175.

- PLAN ELEMENTAL DE COMPROBACIONES, ETIOLOGIA DEL S.T. HIPOTESIS DEL DR. MURO. ORGANO-TIO-FOSFORADO VEHICULIZADO POR UNA PARTIDA DE TOMATES. 27-09-87. aportado en el preinforme de Octubre de 1987.

Finalmente, ESTOS PERITOS CONCLUYEN:

4.1.3. - La metodología utilizada por el Dr. Muro para la investigación del S.T. es correcta, rigurosamente científica, y además se ha demostrado como altamente eficaz y eficiente. Y en consecuencia, desde una perspectiva científica deben seguirse las pautas de actuación por él marcadas en los planes de investigación anteriormente citados.

4.2.- Por otro lado, dado el conocimiento de estos peritos de las investigaciones epidemiológicas oficiales realizadas en torno al origen del S.T., -en concreto los 9 estudios llamados de "caso-control", la curva de incidencia de la enfermedad y los circuitos de distribución de los aceites sospechosos-,

SE AÑADE LO SIGUIENTE:

4.2.1. - La investigación epidemiológica del Dr. Muro, es la más completa dado que comprende todas las fases de investigación epidemiologica de causalidad, y que se realizó sobre más de 25 zonas distintas.

4.2.2. - La hipótesis convergente del TOMATE TOXICO del Dr. Muro, es la hipótesis más coherente y con mayor capacidad explicativa de la epidemia del S.T. ocurrida en la primavera de 1981, y es la única carente de contradicciones.

4.2.3. - La investigación del S.T. llevada a cabo por el Dr. Muro, es la única que ha seguido las pautas lógicas del Método Científico: enunciado de hipotesis, contraste de la misma, y rectificación o avances sucesivos, hasta ir obteniendo el modelo explicativo de lo ocurrido. es la única que ha dejado constancia documental del método seguido y del porqué de cada paso realizado; por ello:

SE RECOMIENDA COMO DE MAXIMO INTERES:

- Estudiar, algoritmizar, y hacer público el camino-método seguido por el Dr. Muro para investigar el origen del Síndrome Tóxico, con el fin de poder ayudar, en futuras intoxicaciones alimentarias, a esclarecer sus origenes.

Astronáutica (1972); Grandes enigmas del cielo y de la Tierra (1973), escrito en colaboración con el desaparecido Alejandro Vignati; Jesús vivió y murió en Cachemira (1976) traducido a siete idiomas; OVNIs: el archivo de la CIA - Documentación y memorandos (1980) OVNIs: el archivo de la CIA - Informes de avistamientos (1980); OVNIs: archivos americanos - Documentos militares y de inteligencia (pendiente de publicación); La caverna de los tesoros (1984); Las nubes del engaño (crónica extrahumana antigua) (1984); Fuera de control (crónica extrahumana moderna) (1984); Sobre el secreto (la isla mágica de Pohnpei y el secreto de Nan Matol (1985) y El muñeco humano (1989).

